

# SAPROF

Vivienne de Vogel  
Corine de Ruiter  
Yvonne Bouman  
Michiel de Vries Robbé

## Orientări în evaluarea factorilor de protecție în cazul riscului de violență

Traducere în limba română  
Raluca Ioana Prepelită  
Cristina Elena Nedelcu



# **SAPROF**

**Orientări în evaluarea factorilor de  
protecție în cazul riscului de violență**

**Pentru download versiunea în limba română a SAPROF,  
vă rugăm să vizitați:**

[www.saprof.com](http://www.saprof.com)

Pentru mai multe informații puteți contacta autorii:

**Michiel de Vries Robbé / Vivienne de Vogel**

Van der Hoeven Kliniek

P.O. Box 174, 3500 AD Utrecht

The Netherlands

+31(0)30-2758275

[saprof@hoevenkliniek.nl](mailto:saprof@hoevenkliniek.nl)

Design: [www.studiosnh.nl](http://www.studiosnh.nl)

Copyright © July 2015, Van der Hoeven Kliniek, part of

De Forensische Zorgspecialisten

ISBN: 978-90-79649-36-5

# SAPROF

Evaluare structurată a factorilor de  
protecție în riscul de violență

Orientări în evaluarea factorilor de  
protecție în cazul riscului de violență

***Ediția a II-a***

**Vivienne de Vogel  
Corine de Ruiter  
Yvonne Bouman  
Michiel de Vries Robbé**

***Traducere în limba română:***  
**Raluca Ioana Prepelită  
Cristina Elena Nedelcu**

# Cuprins

<b>Prefața autorilor</b>	<b>6</b>
<b>Introducere</b>	<b>9</b>
Evaluarea riscului prin utilizarea raționamentelor profesionale structurate	10
Factori de protecție	11
Dezvoltarea SAPROF	13
<i>Versiunea de cercetare a SAPROF</i>	13
Literatură de specialitate referitoare la factorii de protecție	14
Literatură de specialitate referitoare la factorii contextuali	14
Eperiența clinică	15
<i>SAPROF</i>	15
<b>SAPROF</b>	<b>19</b>
Condiții	19
Scop	19
Aplicabilitate	19
Diferențele dintre sexe	20
Definirea factorilor de protecție	20
Structura SAPROF	21
Limitele SAPROF	22
Procedura de cotare	22
1. <i>Codificarea itemilor</i>	23
2. <i>Notarea elementelor critice</i>	24
3. <i>Cotarea Raționamentului Final de Protecție</i>	25
4. <i>Codificarea Raționamentului Integrativ de Risc Final</i>	25
Instrucțiunile utilizatorului	26
Utilizarea practică a SAPROF	26
Formularea riscului	27
Cercetarea SAPROF	27
<i>Studii retrospective</i>	27
<i>Studii prospective</i>	32

<b>Decrierea itemilor</b>	<b>35</b>
<b>Itemii interni</b>	<b>37</b>
1. Inteligența	38
2. Prezența afectivității în timpul copilăriei	40
3. Empatia	42
4. Abilități de supraviețuire	44
5. Stăpânirea de sine	47
<b>Itemii motivaționali</b>	<b>49</b>
6. Munca	50
7. Activitățile din timpul liber	52
8. Administrarea finanțelor	54
9. Motivația pentru tratament	56
10. Atitudinea față de autorități	58
11. Scopuri în viață	60
12. Medicație	62
<b>Itemii externi</b>	<b>65</b>
13. Rețeaua socială	66
14. Relațiile intime	68
15. Îngrijirea profesională	70
16. Condiții de viață	72
17. Control extern	74
<b>Schema de cotare SAPROF</b>	<b>77</b>
<b>Referințe bibliografice</b>	<b>81</b>

# Prefața autorilor

Cunoașterea factorilor de risc și a evaluării riscului în cazul comportamentului violent s-au dezvoltat într-o manieră rapidă în ultimele două decade, iar evaluarea riscului structurat a devenit un aspect important în practica psihiatrică judiciară de zi cu zi. Cu toate acestea, majoritatea metodelor de evaluare a riscului la adulți desconsideră în totalitate cealaltă parte a ecuației: factorii protectori. O evaluare echilibrată a riscului ar trebui să ia în considerare atât riscul, cât și factorii de protecție. (Rogers, 2000).

Deoarece am observat, de-a lungul anilor, necesitatea ca experții în sănătate mentală să aibă la dispoziție ghiduri practice în acest domeniu și, în același timp, am sesizat faptul că disponibilitatea unor instrumente destinate evaluării factorilor de protecție era limitată, am decis să dezvoltăm un instrument cu scopul specific de a evalua factorii de protecție în cazul persoanelor care prezintă risc de violență: SAPROF. Scopul nostru a fost să construim o listă cu sarcini de îndeplinit, potrivit metodei Judecării Structurale-Profesionale (JSP), cu o fundație empirică suficientă și o orientare dinamică, care vor fi valoroase în contextul practicii psihiatriei judiciare. Prima versiune SAPROF a fost publicată inițial în limba olandeză în 2007 (De Vogel, De Ruiter, Bouman, & De Vries Robbé, 2007). Apoi, SAPROF a fost tradus în engleză, 2009, germană și italiană în 2010, spaniolă, franceză, norvegiană, portugheză și suedeză în 2011, rusă în 2012, daneză în 2013 și japoneză în 2014. Versiunile în greacă, poloneză și română sunt în curs de traducere. Mai mult decât atât, s-a afirmat un interes crescut în dezvoltarea unei versiuni SAPROF pentru tineret, deoarece factorii de protecție ar putea fi și mai valoroși în tratamentul și evaluarea juvenilă. În 2014, SAPROF – versiunea pentru tineret, a fost dezvoltată ca un instrument în totalitate nou pentru evaluarea factorilor de protecție în prevenirea riscului violenței juvenile. A fost publicat pentru prima dată în limba olandeză, apoi tradusă în limba engleză.

De-a lungul ultimilor ani, am coordonat o cercetare prin intermediul SAPROF, iar dovezile legate de importanța valorii factorilor de protecție au început să se răspândească rapid. Pe parcursul studierii acestui instrument împreună cu alți colegi din întreaga lume, la traducerea în diferite limbi, am descoperit câteva perspective noi, pe care am decis să le includem în ediția nouă, în limba engleză, a SAPROF, ediția 2012. Instrumentul în sine nu s-a schimbat, iar conținutul factorilor este identic celui din versiunea originală. Cu toate acestea, am adus câteva mici clarificări în text, acolo unde se simțea nevoia, și am adăugat un nou capitol de cercetare. Traducerile ulterioare vor avea ca punct de plecare cea de-a doua ediție a manualului.

Baza empirică a factorilor de protecție este acum în plină dezvoltare, iar cercetările asupra SAPROF arată, până acum, rezultate promițătoare, atât în ceea ce privește proprietățile psihometrice, cât și la nivel de utilitate clinică ([www.saprof.com](http://www.saprof.com)). Cu toate acestea, este nevoie de mult mai multe cercetări la nivel internațional pentru a demonstra valoarea factorilor de protecție. În prezent, se desfășoară programe de cercetare SAPROF în multe țări. Cercetătorii care intenționează să desfășoare cercetări SAPROF sunt încurajați să contacteze autorii, astfel încât noile descoperiri să poată contribui la baza empirică și la îmbunătățirea SAPROF. Suntem deschiși tuturor comentariilor și sugestiilor care ne-ar putea ajuta să îmbunătățim SAPROF. În concluzie, sperăm că SAPROF va fi un instrument adițional pentru practica clinică și că utilizarea lui va contribui la o abordare preventivă și superioară a tratamentului la pacienții din psihiatria judiciară.

Michiel de Vries Robbé și Vivienne de Vogel

Ianuarie 2014





# Introducere

Evaluarea riscului comportamentelor violente viitoare este una dintre cele mai importante sarcini de lucru pentru specialiști în contextele psihiatriei judiciare/psihanalizei. Pe parcursul ultimelor două decade, cercetarea legată de factorii cu risc de violență, dezvoltarea evaluării structurate a riscului a devenit un aspect important. În acest moment, sunt disponibile numeroase instrumente de evaluare a riscului, atât pentru specialiștii din sectorul psihiatriei judiciare, cât și pe cei din sectorul psihiatriei generale și din sistemul corecțional. Instrumente ale evaluării riscului au fost dezvoltate pentru varii tipuri de violență, precum violența sexuală, violența relațională și abuzul asupra copiilor. Se poate face o distincție importantă între instrumentele de evaluare a riscului în abordarea judecătii profesionale structurate și cea a judecătii actuariale (SPJ; Douglas, Cox, & Webster, 1999).

Instrumentele actuariale sunt dezvoltate pe baza factorilor de risc, care sunt legați empiric de comportamentul violent. Aceste instrumente conțin cu predilecție factori de risc statici, care sunt relativ simpli de codificat – pornind de la reguli fixe și nu obligatoriu de către specialiști în psihiatrie judiciară/psihanaliză. Scorurile factorilor sunt adăugate urmând un algoritm specific, pentru a atinge o concluzie fixă în ceea ce privește nivelul de risc. Exemple de instrumente actuariale folosite des se regăsesc în Ghidul evaluării riscului de violență (VRAG; Harris & Rice, 1997) pentru comportament violent și în Static-99 / Static-2002 pentru violența sexuală (Hanson & Thornton, 1999, 2002). Deși evaluarea riscului cu instrumente actuariale este o procedură simplă și care nu presupune mult timp, există și o serie de dezavantaje ale acestei abordări, cel mai important fiind utilitatea redusă a tratamentului, unde scopul este reducerea riscului de violență. majoritatea instrumentelor actuariale se concentrează pe factori de risc static și nu includ factorii de risc situaționali sau dinamici. Mai mult decât atât, este destul de dificilă generalizarea la nivelul altei populații decât cea utilizată pentru crearea instrumentelor (Grubin & Wingate, 1996; Hart, 1998). În modelul JSP, evaluarea riscului este făcută de către un psihanalist experimentat prin intermediul unei liste de priorități standardizate, ce conține factori empirici ce duc la violență, istorici și dinamici (a se vedea mai jos). Diferența esențială între abordarea actuarială și cea propusă de JSP constă în felul prin care se ajunge la judecarea riscului final – prin instrumentele actuariale cu ajutorul unui algoritm fix, iar în JSP prin decizia unui expert.

## **Evaluarea riscului prin folosirea judecării profesionale**

La mijlocul anilor 1990, cercetătorii Universității Simon Fraser din Vancouver, Canada, au dezvoltat modelul JSP. Scopul lor a fost acela de a diminua diferența dintre clinic și empiric pentru a oferi indicații în ceea ce privește evaluarea riscului de violență, care structurează judecata clinică, conducând, astfel, la o estimare a ratei dintre seriozitate și validitate, ce poate fi utilizată de specialiști în munca lor de zi cu zi. În cazul modelului JSP, factorii de risc sunt examinați într-o manieră critică, combinați și integrați pentru a ajunge la o concluzie. Cea mai cunoscută listă cu sarcini de îndeplinit este bazată pe modelul Managementului riscului istoric și clinic-20 (HCR-20; Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997) pentru evaluarea riscului de comportament violent. Cercetarea în diferite locații și țări a demonstrat că HCR-20 poate fi folosit într-o manieră validă (Douglas, Guy, & Weir, 2006; Douglas & Reeves, 2010). De asemenea, s-a demonstrat că HCR-20 poate măsura schimbările survenite la nivelul riscului de violență înainte și după o intervenție clinică (Belfrage & Douglas, 2002; De Vogel, Smid, & De Vries Robbe, 2006). HCR-20 a fost revizuit recent (Historical, Clinical, Risk Management Version 3; HCR-20<sup>V3</sup>; Douglas, Hart, Webster, & Belfrage, 2013). Versiunea olandeză a HCR-20 (Philipse, de Ruiter, Hildebrand, & Bouman, 2000) și mai târziu cea a HCR-20<sup>V3</sup> (de Vogel, de Vries Robbé, Bouman, Chakhssi, & de Ruiter, 2013) a fost implementată în mai multe spitale de psihiatrie judiciară din Olanda. În unul din acestea a fost implementat programul de cercetare Van der Hoeven Kliniek. Studiile din acest program au oferit un sprijin puternic în vederea implementării metodei SPJ cu privire la evaluarea riscului de violență în spitalele de specialitate din Olanda. HCR-20 a scos în evidență validitatea predictivă a riscului de recidivism pe durata tratamentului și a prevăzut aceste evenimente superior judecării clinice nestructurate (De Vogel, 2005; De Vogel & De Ruiter, 2006; De Vogel, De Ruiter, Hildebrand, Bos, & Van de Ven, 2004). Alte studii înrudite sunt Riscul violenței sexuale-20 (SVR-20; Boer, Hart, Kropp, & Webster, 1997) pentru evaluarea riscului de violență sexuală la adulți, Evaluarea riscului de violență în cuplu (SARA; Kropp, Hart, Webster, & Eaves, 1999) pentru evaluarea riscului de violență domestică și Evaluarea structurată a riscului de violență în rândul tinerilor (SAVRY; Borum, Bartel, & Forth, 2006) pentru evaluarea riscului de violență în rândul adolescenților. Validitatea predictivă a fost identificată pentru următoarele studii - SVR-20 (Dempster, 1998; De Vogel, De Ruiter, Van Beek, & Mead, 2004), SAVRY (Lodewijks, 2008; Lodewijks, Doreleijers, De Ruiter, & Borum, 2008; Welsh et al., 2008) și SARA (Kropp & Hart, 2000). Mai multe informații despre principiile listelor cu sarcini de îndeplinit ale SPJ, precum și despre evaluarea riscurilor pot fi găsite în manualele SPJ (a se vedea și Kropp, 2004; Webster, Müller-Isberner, & Fransson, 2002).

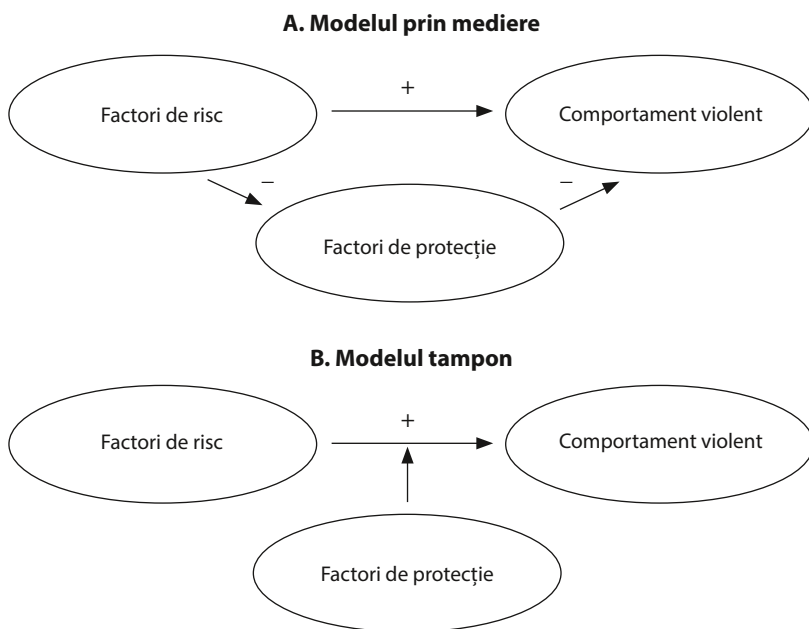
## **Factori de protecție**

Deși cunoștințele legate de evaluarea riscului de violență au crescut considerabil de-a lungul ultimelor decade, nu s-a acordat, totuși, atenția cuvenită aspectelor care ar putea compensa factorii de risc. Studiile care tratează factorii de risc, factorii care diminuează riscul recidivismului violent, în special cu studii de caz aplicate adulților, sunt foarte rare. Identificarea factorilor de protecție pentru comportamentul violent este percepută ca o provocare majoră în viitorul apropiat (Farrington, 2003; Rogers, 2000; Salekin & Lochman, 2008). Dacă acești factori protectivi sau compensatori nu sunt luați în considerare, evaluarea riscului nu va fi echilibrată, ceea ce ar putea conduce la preziceri inexacte (Rogers, 2000). În plus, acest fapt ar putea conduce la o atitudine pesimistă în rândul terapeuților, la contravenienți stigmatizați și, nu în ultimul rând, la detenția nejustificată și prelungită a pacienților. O evaluare echilibrată a riscului ar trebui să ia în considerare atât factorii de protecție, cât și factorii de risc. Identificarea unor posibili factori de protecție este importantă, deoarece scopul final al evaluării riscului este acela de a reduce la minim riscul de violență. Factorii de protecție ar putea furniza o explicație a lipsei de recidivă a pacienților de mare risc (DeMatteo, Heilbrun, & Marczyk, 2005), de exemplu, cei cu un nivel ridicat de psihopatie. Tratatamentul pentru reducerea recidivismului violent ar trebui să se concentreze nu doar pe diminuarea factorilor de risc, ci și pe consolidarea factorilor de protecție (Blum & Ireland, 2004; Resnick, Ireland, & Borowsky, 2004).

Majoritatea instrumentelor de evaluare a riscului pun accentul mai mult pe factorii de risc și mai puțin pe factorii de protecție. Din punctul nostru de vedere, există trei excepții - SAVRY, Evaluarea pe termen scurt a riscului și tratamentul (START; Webster, Martin, Brink, Nicholls, & Middleton, 2004; Webster, Martin, Brink, Nicholls, & Desmarais, 2009) și Inventarul infractorilor de risc, nevoie și putere (IORN; Miller, 2006). SAVRY – o listă SPJ cu șase factori în evaluarea riscului de violență juvenilă. Implicare pro-socială, susținere socială puternică, legături puternice, atitudine pozitivă față de autoritate și intervenție, angajament în ceea ce privește școala, trăsături de personalitate. Lodewijks și colaboratorii (2008) au găsit dovezi pentru ipoteza conform căreia factorii de protecție din SAVRY pot diminua riscul recidivei violente. În trei exemple de persoane din Olanda ce prezentau risc de violență, rata recidivei violente a fost semnificativ mai mare în lipsa factorilor de protecție decât în prezența lor. Analiza regresului a evidențiat o creștere semnificativă a variației explicate doar prin factorii dinamici de risc. START este un ghid clinic pentru evaluarea dinamică a riscurilor pe termen scurt (de exemplu riscul de violență față de alții, riscul de a face rău propriei persoane, riscul de a deveni victimă pe o perioadă cuprinsă între câteva săptămâni și câteva

luni de la evaluare). Cei 20 de itemi dinamici trebuie să fie codați simultan pe două scale, în trei puncte, prima ca putere, a doua ca risc (0 = absent; 1 = posibilitatea de a fi prezent; 2 = prezent). Cu alte cuvinte, factorii de risc și factorii de protecție sunt priviți ca finalități diferite ale aceleiași variabile. Studiile de validare la zi ale START au identificat un număr semnificativ de validități predictive atât pentru riscul pe termen scurt de violență față de alții, cât și pentru reintegrarea cu succes în societate. (Braithwaite și colaboratorii, 2010; Nonstad și colaboratorii, 2010; Viljoen și colaboratorii, 2011; Wilson și colaboratorii, 2010). Cu toate acestea, o creștere a validității predictive pe scara puterii în comparație cu scara riscului nu a fost identificată. IORNS este o măsură de auto-raportare pentru determinarea factorilor de risc, a nevoilor și a factorilor de protecție pentru toate tipurile de delincvență. Într-un studiu efectuat pe un eșantion de prizonieri americani mare parte din sub-scalele IORNS, precum Indexul puterii de protecție și Scala resurselor personale, s-a reușit diferențierea dintre delincvenții care au fost reîncașerați pentru nerespectarea regulilor de eliberare condiționată și cei care au respectat regulile (Miller, 2006).

**Figura 1.** Exemple de modele teoretice de risc și factori de protecție



*Adaptare după Fitzpatrick (1997)*

Un studiu de specialitate realizat de De Carvalho (2002) dezvăluie faptul că nicio lucrare nu a reușit, până acum, să demonstreze într-o manieră concludentă existența unei evidențe, factorii de protecție având drept scop reducerea comportamentului agresiv. Din anul 2002, au început să apară câteva studii noi despre factorii de protecție (Haggard-Grann, 2005; Vance, Bowen, Fernandez, &Thompson, 2002), dar nu au avut parte de rezultate strălucite, neavând o bază concretă. Celor mai multe dintre lucrări le lipsesc elementele importante, precum imposibilitatea controlării unui grup mai mare, un eșantion mai mic sau o perioadă scurtă de repetare. Astfel, putem afirma că rolul și influența elementelor de protecție sunt insuficiente în acuitate și că între factorii de protecție și cei de risc există o strânsă legătură. Prin urmare, ne-am străduit să dezvoltăm un instrument structurat pentru evaluarea acestor elemente de protecție, pentru a avea capacitatea de a analiza rolul lor în cadrul comportamentului și al riscului violenței. Luând în considerare organizarea structurată a factorilor de protecție, în plus față de cei de risc, evaluarea riscului de violență poate fi mult mai echilibrată. În plus, discernământul și conștientizarea trebuie să fie la un nivel propice, fiind utilizate pentru controlul comportamentului violent. De asemenea, atât pentru pacienți cât și pentru psihiatri, o motivație bună ar fi să se gândească la ceea ce funcționează și ce trebuie îmbunătățit în timpul tratamentului (factorii de protecție) mai degrabă decât să își concentreze atenția doar asupra lucrurilor care nu merg. Acest lucru poate pune baza unui noi metode psihologice sau psihiatrice de tratament (soluții –abordarea atentă, împrumutarea, vezi, de exemplu, Modelul vieților normale, Ward&Brown, 2004; Ward, Mann&Gannon, 2007).

## **Dezvoltarea SAPROF**

### *Versiunea de cercetare SAPROF*

Pornind de la lipsa unor cunoștințe clare despre factorii de protecție și de la necesitatea specialiștilor de a fi orientați în această zonă de cercetare, am decis să creăm un ghid pentru evaluarea acestora (De Vogel, De Vries Robbé, De Ruitter, & Bouman, în curs de revizuire). În anul 2004, Versiunea de Cercetare SAPROF (SAPROF-RV; De Vogel, 2004) a fost emisă într-un număr limitat. Prezenta un set de 16 elemente de protecție (vezi Tabelul I). Scopul autorilor a fost să diferențieze elementele care erau (1) legate empiric de viitor (sexual sau asexual) comportament violent redus, în concordanță cu studiile științifice și de specialitate; (2) care pot fi aplicate practic, ceea ce semnifică însumarea tuturor factorilor dinamici care ar putea avea obiective în cadrul tratamentelor; și (3) eficient, care este reprezentat de un număr de elemente relativ controlabil. Selectarea celor 16 agenți a fost bazată pe (1) un studiu despre factorii de protecție pentru un prealabil comportament

violent (De Carvalho, 2002); (2) studii de specialitate despre factorii specifici care relaționează cu recidivismul violent; (3) experiențele clinice ale psihiatrilor și cercetătorilor la Van der Hoeven Klieniek (vezi mai jos).

Lucrări de specialitate ce au ca punct de pornire factorii de protecție

De Carvalho (2002) a publicat un rezumat științific cu scopul de a oferi o perspectivă mai clară asupra factorilor de protecție, în vederea contracarării unor posibile viitoare acte de violență sau agresiuni și pentru a determina dacă relația cauzală dintre acești factori și absența violenței a fost dovedită. Această lucrare nu a fost publicată în multe exemplare, însă cele realizate au fost realiste, examinând relația dintre factorii de protecție și reducerea recidivei violente. Singurul element de protecție evidențiat într-o cercetare minuțios realizată a fost inteligența avansată, măsurată pe Scara Wechsler de Inteligență a Adulților (WAIS; Wechsler, 1997; Kandel, 1998; White, Moffitt, & Silva, 1989). De Carvalho (2002) a ajuns la concluzia că cercetarea trebuie realizată mult mai amănunțit, să fie urmărită îndeaproape și de asemenea, ar trebui identificate probe mult mai complexe pentru a determina acțiunea factorilor de protecție cauzali asupra caracterului indivizilor cu un istoric violent. În plus, alte două lucrări au fost publicate în vederea dezvoltării SAPROF-RV: una concentrată pe efectele posibile de protecție a statutului și a relațiilor personale stabile (Robbmond, 2005), iar cealaltă pe aderența medicală și pe abilitățile de supraviețuire (Spoelstra, 2004).

Studii specializate pe factorii contextuali

Lucrarea mai sus menționată a expus un număr limitat de factori de protecție. Prin urmare, autorii au decis să ia în considerare mai multe studii bazate pe factorii contextuali legați de prevenirea violenței în dezvoltarea SAPROF-RV (vezi Bouman, De Ruiter, & Scheme, prezentate). Au fost realizate multiple meta-analize pentru a face posibilă identificarea factorilor contextuali ce influențează reducerea agresivității, dar și a recidivismului inofensiv (Gendreau, Goggin, & Gray, 2000; Groggin, Gendreau & Graz, 1998; Oddone Paolucci, Violato, & Schofield, 2000). Factorii contextuali sunt împărțiți în: timpul de muncă și timpul liber, acomodarea, finanțarea, sănătatea, religia, siguranța și relațiile sociale. Categorișirea acestor elemente este comparabilă cu structura domeniului utilizat în cercetarea calității vieții (Van Nieuwenhuizen, Schene, Koeter, & Huxley, 2001). Meta-analizele au arătat că, deținând o slujbă sau făcându-ți planuri în legătură cu aceasta, se ajunge la o reducere a riscului de recidivism (Gendreau, 2000). Prezența psihiatrilor într-o rețea de dezvoltare socială a redus, de asemenea, riscul recidivismului (Estroff & Yimmer, 1994). Cele mai multe studii legate de activitățile din timpul liber s-au desfășurat în eșantioane, privind minorii. Acestea au demonstrat că participarea la activitățile

din timpul liber este eficientă, mai exact, reduce predispoziția la recidivism (Hoge, 1996). În cazul celorlalți factori, nu au fost realizate cercetări, dar credem că există o relație între aceștia și riscul redus de agresivitate. Au fost scrise puține lucrări despre calitatea vieții în cadrul recidivismului printre pacienții psihiatrilor judiciari.

### Experiența clinică

Exceptând studiile de specialitate, factorii de protecție au fost identificați pe baza experienței clinice a psihiatrilor și cercetătorilor de la Van der Hoeven Kliniek. Din luna Ianuarie 2001, au fost implementate evaluări organizate ale riscului cu ajutorul HCR-20 și SVR-20. HCR-20 este impus pentru : 1. totalitatea pacienților noi internați în spital pentru a evalua riscul de violență staționar, 2. totalitatea pacienților care sunt învoiți pentru prima oară (sub supraveghere sau fără) și 3. totalitatea pacienților care sunt pe cale să intre în faza transmurală, în timpul căreia sunt externați, însă se află sub supravegherea personalului spitalului. În plus, în cazul tuturor pacienților cărora le este permisă părăsirea incintei spitalului, evaluarea riscului este repetată cel puțin o dată pe an. Un cercetător, un membru al echipei de îngrijire și supraveghetorul tratamentului cod independent HCR-20 în fiecare caz. În momentul în care pacientul este un abuzator sexual, versiunea olandeză a SVR-20 (versiune olandeză autorizată: Hildebrand, De Ruiter, & Von Beek, 2001) este codată în plus față de HCR-20. În timpul unei conferințe de caz cei trei evaluatori au fost de acord cu privire la un consens cifrat pentru toate elementele și pentru un fundament de risc final. În aceste conferințe de caz, evaluatorii discută, de asemenea, despre posibilitatea existenței unor factori suplimentari, factori de protecție și a unor strategii pentru controlul agresivității. Rezultatele conferințelor sunt utilizate, de către personal, pentru a dezvolta strategiile de administrare a riscului, dar și pentru luarea deciziilor legate de acordarea sau refuzarea fazei de tratament transmural. Pentru dezvoltarea SAPROF, au fost utilizate 60 de conferințe de caz pentru a le cere evaluatorilor sugestii despre factorii ce pot proteja împotriva revenirii comportamentului agresiv. În cadrul acestor 60 de întâlniri, a fost alcătuită o listă a potențialilor factori. Pentru o descriere mai amănunțită a acestui studiu, vezi De vogel și De Ruiter (2004, 2006) și De vogel (2005).

### SAPROF

În anul 2006, am realizat un studiu pilot cu SAPROF-RV în două locații olandeze, judiciare și psihiatrice (Van der Hoeven Kliniek și Pomper Kliniek) și o locație externă olandeză (De Waag). Scopul major al acestui studiu a fost să analizeze



posibilitatea aplicării SAPROF-RV.

În acest studiu, 20 de analiști au aplicat SAPROF-RV pentru 40 de pacienți și au reanalizat descrierea itemilor și a procedurilor desfășurate în prealabil. Analiștii au fost întrebați dacă ar fi considerat că itemii erau relevanți pentru rutină și de asemenea dacă studiile făcute și descrierea elementelor era sau nu clară. Răspunsul a fost pozitiv din partea tuturor, în special datorită modului propice de abordare față de pacienți și de sugestiile oferite pentru tratament. De exemplu câteva dintre remarcile prezente au fost: „SAPROF aprovizionează atât psihiatrui cât și pacienții cu o viziune mult mai amplă și pozitivă asupra unui nou început”. „SAPROF ne face să fim mult mai conștienți de faptul că încă trebuie și putem să investim în cercetare”. De asemenea, au avut și câteva sugestii pentru îmbunătățirea descrierii elementului și a SAPROF, în general. Bazându-se pe aceste comentarii și pe revizuirea studiului de specialitate, am adaptat versiunea SAPROF-RV la Versiunea I SAPROF. Schimbările ce au avut loc au constat în eliminarea elementelor dificil de analizat (7. Etica / Filosofia vieții, 16. Relații sexuale satisfăcătoare cu un partener adult), adăugând elemente ce lipseau cu desăvârșire (5. Controlul personal, 11. Scopuri în viață) și înlocuirea elementului 4. (Atitudinea pozitivă față de intervenția autorităților) cu elementul 9. (Motivația pentru tratament) și 10. (Atitudini față de autorități). De asemenea, denumirile articolelor și prezentărilor au fost formulate neutru și clar, instrucțiunile codate au devenit mult mai detaliate și au fost adăugate exemple. Ca și cele precizate mai sus, un studiu de cercetare specializat a fost efectuat pentru elementul 5. nou (Controlul personal) și elementul 11. (Scopuri în viață). Pentru celelalte elemente, studiul a fost îmbunătățit (studii publicate între anii 2002-2007) iar analiza rațională pentru articole a fost modificată când a fost nevoie. În final, categorisirea acestora a fost schimbată. La început, subordonatele HCR-20(Scara Istorică, Scara Clinică și Scara administrării riscului) au fost utilizate ca un context pentru structura SAPROF-RV. Scopul acestora a fost de a avea o corespondență maximă între SAPROF și HCR-20.

Cu toate acestea, în cadrul SAPROF, majoritatea elementelor sunt dinamice. În procesul evaluării SAPROF, am avut posibilitatea de a diferenția articolele ce se referă la intern de către cele externe. Această diferențiere a fost de asemenea luată ca un considerent pentru viitoarele administrări a posibilelor riscuri a agresivității. Mai mult, multe dintre acestea au putut fi legate de motivație pentru tratament și- mai general- pentru participarea pozitivă în societate. Versiunea actuală SAPROF are trei diviziuni: Elemente interne, Elemente motivaționale și Elemente externe (vezi Tabelul I). Articolele interne sunt caracteristici personale care reflectă motivația indivizilor de a participa în societate într-o manieră pozitivă. Factorii externi se află în strânsă legătură cu protecția din cadrul extern.

**Tabelul 1.** Itemi ai SAPROF-RV și SAPROF

<b>SAPROF-RV</b>	<b>SAPROF</b>
<p style="text-align: center;"><i>Itemi istorici</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inteligență</li> <li>2. Atașamentul față de cel puțin o persoană adultă cu atitudine pro-socială în copilărie</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><i>Itemi interni</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inteligența</li> <li>2. Afectivitatea în copilărie</li> <li>3. Empatia</li> <li>4. Abilități de supraviețuire</li> <li>5. Stăpânirea de sine</li> </ol>
<p style="text-align: center;"><i>Itemi de ordin clinic</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Aptitudini de empatie</li> <li>4. Atitudine pozitivă față de autoritate</li> <li>5. Medicație</li> <li>6. Aptitudini de flexibilitate</li> <li>7. Religie / filosofia vieții</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><i>Itemi motivaționali</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Munca</li> <li>7. Activități de petrecere a timpului liber</li> <li>8. Administrarea finanelor</li> <li>9. Motivația pentru tratament</li> <li>10. Atitudinea față de autorități</li> <li>11. Scopuri în viață</li> <li>12. Medicație</li> </ol>
<p style="text-align: center;"><i>Itemi de management al riscului</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Structura zilnică/Munca</li> <li>9. Activități de petrecere a timpului liber</li> <li>10. Relații prosoziale (familie, prieteni)</li> <li>11. Relație intimă stabilă</li> <li>12. Profesioniști în sănătatea mentală în rețeaua socială</li> <li>13. Supervizare intensivă/ control extern</li> <li>14. Propriul cămin</li> <li>15. Finanțe</li> <li>16. Relație sexuală satisfăcătoare cu un partener adult</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><i>Itemi externi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Rețeaua de socializare</li> <li>14. Relațiile intime</li> <li>15. Îngrijirea profesională</li> <li>16. Condițiile de viață</li> <li>17. Controlul extern</li> </ol>
<b>Alte considerații</b>	



# SAPROF

## Condiții

SAPROF este o linie structurată de evaluare, dezvoltată pentru utilizarea în combinație cu un instrument de evaluare sigură și validă în conformitate cu metoda SPJ, precum și HCR-20 și elemente relaționale. Deși apropiată de aceste instrumente, SAPROF nu e un test psihologic, ci o listă de verificare utilizată într-o manieră structurată. Instrumentele evaluării riscului bazate pe modelul SPJ furnizează linii directe pentru a structura evaluarea indivizilor; cu toate acestea, nu poate fi numit un test, deoarece sunt lipsiți de o prezență a standardizării și a structurii, scorurile lor fiind legate de norme sau criterii. Utilizatorul SAPROF trebuie să fie conștient că studiile prezentate în manual nu sunt nici definitive, nici complete. Pentru fiecare evaluare a pacientului, pot exista riscuri specifice sau factori de protecție ce pot deveni cruciali pentru analiză. În prezent, instrumentul trebuie să aibă ca prim scop cercetarea, deși utilizarea clinică a SAPROF e posibilă. Analistul trebuie să fie atent în concluzionarea legată de evaluare, întrucât nu există suficient de multe informații bazate pe proprietățile psihometrice ale SAPROF, în particular, validitatea previzionistă. Cercetări longitudinale, cu un grup mare de pacienți și contravenienți pentru a determina siguranța și validitatea SAPROF.

## Scopuri

SAPROF a fost creat pentru a veni în completarea evaluării riscului în ceea ce privește posibilele tendințe de violență sau de violență de natură sexuală la anumiți contravenienți și la pacienți. Evaluarea unui comportament viitor violent devine acum mai echilibrată, precum cea din HCR-20, atunci când este identificată. Mai mult, o privire mai atentă asupra prezenței sau absenței acestor factori poate oferi o viziune amplă asupra individului în mediul său și poate oferi ghidare pentru tratament și pentru moderarea agresivității. Un aspect secundar al evaluării standardizate a factorilor de protecție poate fi pozitiv și motivator pentru pacienți cât și pentru echipa de tratament.

## Aplicabilitate

SAPROF poate fi utilizat de experți din domeniul psihiatric, antrenați în evaluarea agresivității ce lucrează în închisoare, în instituțiile de medicină judiciară (pacienți interni sau externi) și în cadrul serviciilor de stagiatură. SAPROF a fost inițial dezvoltat pentru evaluarea indivizilor adulți, de sex masculin, care suferă de o disfuncție mentală sau a personalității. SAPROF poate fi utilizat de asemenea și

pentru femei, cu toate acestea, evaluatorul trebuie să fie foarte atent atunci când trage concluziile. Majoritatea cercetărilor realizate s-au concentrat pe partea masculină a populațiilor; acest lucru este adevărat atât pentru factorii de risc incluși în instrumentele evaluării, cât și pentru cercetarea bazată pe validitatea acestor instrumente (vezi Odgers&Moretti, 2002, Odgers 2007). Cercetarea a arătat că validitatea prognozantă a HCR-20, cât și a Listei de Verificare Psihopatiei Revizuită (PCL-R, Hare 1991, 2003) este mai mică pentru femei în comparație cu cazul bărbaților (De Vogel&De Ruiters, 2005), de asemenea în cazul femeilor, fiind implicați factori de altă natură(Funk, 1999; Odgers&Moretti, 2002; Odgers, 2007,etc.). Pentru analiza empirică recomandăm ca rezultatele SAPROF să fie categorisite diferit la femei față de bărbați.

SAPROF poate fi aplicat atunci când evaluarea riscului este necesară, de exemplu, în analizele psihiatrice elaborate, atunci când o decizie de extindere a tratamentului trebuie luată, înainte de acordarea privilegiilor sau la începutul etapei de reintegrare în societate. Evaluarea agresiunii poate fi, de asemenea, utilizată la începutul terapiei cu scopul de a analiza comportamentul agresiv din cadrul institutului și de a crea un plan de tratament. Reluarea evaluărilor este recomandată în cazul în care cadrul indivizilor se schimbă. În final, nivelul de risc și cel al factorilor de protecție poate fluctua într-o anumită perioadă de timp. Repetarea evaluărilor este necesară pentru că cei responsabili de supravegherea pacienților sunt îndemnați să reflecteze asupra schimbărilor și polițelor ce pot interveni.

### **Diferențele dintre sexe**

Cea mai mare parte a cercetării a fost realizată pe subiecți de sex masculin. Acest lucru este valid de asemenea pentru instrumentele incluse în cadrul celor de evaluare, precum și pentru validitatea acestora (vezi Garcia-Mansilla, Rosenfeld, & Nicholls, 2009;Odgers &Moretti, 2002; Odgers și colaboratorii, 2007) .Cu toate acestea,cercetările au demonstrat că validitatea predictivă atât pentru HCR-20 cât și pentru Lista de verificare a psihopatiei i- revizuită (PCL-R;Hare, 199, 2003) este mult mai mică pentru femei decât pentru bărbați (De Vogel & Ruiters, 2005) iar în cazul femeilor pot fi implicați diferiți factori de risc (De Vogel &De Vries Robbé, 2013; Funk, 1999; Odgers &Moretti, 2002; Odgers și colaboratorii, 2007). Mai mult, un nou instrument a fost dezvoltat alături de HCR-20 pentru evaluarea factorilor de risc în cadrul sexului feminin; Female Additional Manua l(FAM;de Vogel,de Vries Robbé, van Kalmthout&Place, 2012), și recent un ajutor al versiunii HCR-20<sup>v3</sup>) FAM-V3; de Vogel, de Vries Robbé, van Kalmthout &Place, 2014). Cu ajutorul FAM, autorii speră să creeze o evaluare mult mai sensibilă a factorilor de risc pentru comportamentul violent.

Asemenei multor instrumente canalizate pe SPJ, SAPROF a fost inițial dezvoltat pentru a analiza pacienții masculini adulți cu un trecut violent și care suferă de o boală sau o disfuncție la nivel mental. Cu toate acestea, a fost sugerat faptul că femeile pot avea o reacție diferită la factorii de protecție (Rumgay, 2004). Chiar dacă nu sunt informații suficiente despre factorii de protecție la pacienții feminini, rezultatele sunt promițătoare. (vezi *Prospective clinical studies*), în acest moment SAPROF este considerat a fi un instrument util atât în cazul femeilor, cât și al bărbaților. Evaluatorul este sfătuit să ia în considerare fundamentul limitat de evidențe pentru valoarea factorilor de protecție la femei, în momentul luării oricărei decizii vizând riscul raționamentului la pacienții de sex feminin. Cercetările empirice viitoare vor trebui să demonstreze valoarea SAPROF în cazul pacienților de sex feminin, de asemenea, recomandăm ca rezultatele obținute să fie descrise separat.

### **Definirea factorilor de protecție**

În acest moment factorul de protecție este definit precum urmează:

*Orice individualitate a persoanei, a mediului care reduce predispoziția la agresivitate.*

### **Structura SAPROF**

Bazându-se pe trei surse descrise în introducere precum și pe rezultatele din studiul pilot, au fost construite 17 elemente(vezi Tabelul 1).Criterii de includere au fost (de obicei limitate) baza științifică (ex. factorii sunt asociați cu reducerea agresivității) și cu aplicabilitatea acestora în domeniul specialiștilor psihiatri medico-legali. Alte elemente pe care profesioniștii le privesc ca fiind importante, dar care nu sunt din cadru științific pot fi incluse în evaluare, dar cu o oarecare constrângere; de exemplu, unii specialiști au impresia că stima de sine crescută conduce la creșterea riscului de violență (vezi de ex. Bushman & Baumeister, 1998; Hughes,Cavell,&Grossman, 1997).

Itemii au fost formulați într-o manieră în care pot fi ușor de înțeles în domeniul practic. Autorii au ales să construiască un instrument pentru evaluarea factorilor de protecție atât pentru abuzul sexual cât și pentru cel violent, deoarece nu au fost realizate multe cercetări despre acestea. De asemenea, numai câțiva dintre factorii de protecție menționați în studiul la Van der Hoeven Kliniek (De Vogel&De Ruiters, 2006) au fost concentrate pe aspectul sexual agresiv și s-a conchis că ceilalți factori puteau fi utilizați pentru ambele categorii. Acest lucru este în concordanță cu studiile realizate, ce indică faptul că majoritatea factorilor de agresivitate sunt valizi și pentru abuzul sexual(vezi Hanson&Bussière, 1998;Hanson&Morton-Bourgon, 2004).

## **Limitele SAPROF**

Cea mai importantă restricție a SAPROF este aceea că încă nu există evidențe științifice pentru factorii de protecție împotriva abuzurilor. Cercetarea viitoare va trebui să analizeze dacă elementele din SAPROF previzionează într-adevăr reducerea recidivismului. De asemenea, un alt aspect este faptul că oricând, factorul de protecție din SAPROF se poate transforma în unul de risc, de exemplu, elementele 1 (Intelligență; un psihopat inteligent știe foarte bine să se orienteze în sistemul de justiție) și 6 (Muncă; un individ poate fi expus la factori destabilizatori în instanță, alcool pentru cineva care lucrează într-un bar sau izolarea de către societate pentru un individ care lucrează pe propria răspundere, ca șofer de camion). Multiple exemple sunt date în descrierea elementelor. Astfel, este esențial să analizăm caracteristicile pentru fiecare persoană în parte, mai degrabă decât să le privim în mod general.

## **Procedura de cotare**

Cifrarea trebuie făcută după o sistematizare atentă a informațiilor, precum istoricul legal și medical, interviuri cu pacienții sau cu orice parte semnificativă, scheme de tratament și evaluare, sfaturi legate de extinderea supravegherii și evaluării mentale. Evaluatorul este sfătuit să utilizeze manualul cu orice risc de analiză. Pentru a cifra SAPROF, evaluatorul parcurge patru pași:

1. **Cotarea itemilor** Cotarea itemilor presupune stabilirea prezenței sau absenței a fiecăruia dintre cei 17 factori de protecție la nivelul respectiv (precum și identificarea altor posibili factori).
2. **Notarea itemilor critici** Aceasta presupune stabilirea existenței itemilor critici (a se vedea mai jos)
3. **Cotarea Raționamentului Final de Protecție.** Integrează rezultatul etapelor 1 și 2.
4. **Cotarea Raționamentului de Risc Final Integrativ.** Integrează rezultatele etapelor 1, 2 și 3 alături de informația obținută de la factorii de risc din HCR-20 sau instrumente similare și au ca scop atingerea unui raționament concludent.

Cu excepția elementelor 1 - Inteligența și 2 - Atașamentul sigur din copilărie, toți itemii sunt dinamici și trebuie codați pe viitor; ulterioarele șase luni pot fi utilizate ca punct de referință. Informațiile despre perioada de 6 luni dinaintea codificării instrumentului, pot fi utilizate în evaluare. Cotarea elementelor 1 și 2 trebuie să se bazeze pe trecutul fiecărui individ. Atunci când contextul se schimbă, o nouă evaluare a riscului trebuie să aibă loc. În cadrul experienței clinice, a devenit

veridic faptul că cifrarea itemilor simultan din diferite perspective (ex.pentru supravegherea sau supravegherea parțială a plecării) poate oferi informații importante pentru administrarea viitoarelor abuzuri (ex.pentru sfaturi cu privire la prelungirea tratamentului mandatoriu). Atunci când sunt codate împreună cu HCR-20 sau alte instrumente, psihiatrilor și cercetătorilor le va lua de la 20 până la 30 de minute pentru a completa SAPROF. Un document codat pentru SAPROF poate fi găsit la sfârșitul acestui manual.

Intervalul de timp alocat coterii

Itemii se cotează în mod dinamic, în special pe baza informațiilor colectate în cele 6 luni anterioare și a celor vizate într-un viitor apropiat.

### 1. Cotarea itemilor

Itemii sunt numerotați pe o scală de trei puncte, bazată pe o gradare a prezenței factorului de protecție: (0) factorul de protecție nu este prezent, (1) factorul este prezent, dar nu există nici o dovadă concludentă sau factorul de protecție este prezent numai într-o anumită măsură și (2) factorul de protecție este prezent în totalitate. Dacă analistul nu are informații suficiente, este esențial ca informația să fie recuperată, de exemplu, prin consultarea altor surse, a colegilor sau a pacientului. Dacă nu există nici o informație clară sau dacă aceasta e considerată instabilă, elementul trebuie omis. Cu toate acestea, opțiunea trebuie să fie luată cu atenție, iar itemul nu trebuie omis dacă există vreo urmă de îndoială (utilizați „1” în loc). Numărul maxim al elementelor omise este 3. Dacă analiza necesită mai multe omisii, atunci SAPROF nu mai poate fi utilizat în mod sigur și eficient. Dacă un analist consideră un factor sau mai mulți, ce nu au fost incluși în evaluare, importanți într-un caz, acest fapt poate fi inclus în secțiunea *Alte considerente*. Directivele de cotare sunt prezentate în Tabelul 3.

**Tabelul 2.** Cotarea factorilor de protecție

<b>2</b>	Da. Factorul de protecție este prezent.
<b>1</b>	Posibil. Factorul de protecție poate fi prezent sau este prezent într-o anumită măsură.
<b>0</b>	Nu. Factorul de protecție este absent sau nu există nicio dovadă a existenței acestuia.



În cazul anumitor itemi, analiștii trebuie să fie conștienți că factorii de protecție pot avea și efecte secundare, neașteptate. În acest caz, instrucțiunile de cotare trebuie utilizate ca înainte, însă în momentul interpretării, circumstanțele trebuie luate în vedere Raționamentului Final de Protecție. În cazuri excepționale, un scor minimal al unui anumit element, poate avea un efect de protecție. De exemplu, o relație intimă (14. Relații intime) poate fi prea solicitantă pentru un pacient al psihiatrului medico-legal, care are o personalitate vulnerabilă, mai apoi, lipsa unei relații poate avea ca rezultat un nivel de stres scăzut și un grad mare de stabilitate. În aceste cazuri, evaluatorul trebuie să cifreze itemul conform instrucțiunilor, însă, efectul advers trebuie luat în calcul în momentul interpretării și cântării itemului pentru concluzia finală.

Recomandăm *modelul de consens* pentru o evaluare veridică. A devenit clar datorită cercetării de la Van der Hoeven Kliniek că utilizarea acestuia (codat atât de cercetători, cât și de psihiatrii, a fost urmat de discuții pentru a ajunge la un consens) a dus la o previzionare precisă a riscului de recidivism (De Vogel, 2005; De Vogel&De Ruiters, 2006). În timpul acestor conferințe de caz, efecte posibile ale evaluatorului de prejudecată pot fi concepute, evaluatorii putându-și accentua înțelegerea itemilor, corectarea acestora, distribui informația care nu este cunoscută de toată lumea, discutarea rolului itemilor și de asemenea, analizarea posibilităților factori de risc, a celor de protecție-adționali, dar și a strategiilor de administrare a agresiunii.

## 2. Notarea itemilor critici

SAPROF oferă posibilitatea de a indica care dintre factorii de protecție sunt esențiali în prevenirea comportamentului agresiv și care nu. La identificarea acestor elemente critice, apare o diferențiere între efectul de protecție care este deja prezent în acel moment (*cheia*) și efectul de protecție care poate apărea după intervenție (*scop*). Este imposibil marcarea elementelor 1 (Inteligența) și 2 (Afecțiunea prezentă în copilărie) ca și scop, din moment ce se refera la istoric. Pentru celelalte elemente există două posibilități:

1. *Soluția*: un scor ridicat (1 sau 2) pentru elementul considerat esențial în prevenirea comportamentului agresiv de către individ.
2. *Scop*: un element cu un scor aflat între 0 și 1 poate fi marcat drept scop, deoarece este considerat a fi important ca țintă a tratamentului. De asemenea dezvoltarea acestuia, poate avea un efect de protecție.

Analistul este sfătuit să utilizeze această opțiune a codării itemilor critici cumpătat.

### *3. Cotarea Raționamentului Final de Protecție*

Precum a fost văzut la HCR-20 dar și în cadrul celorlalte instrumente utilizate, evaluatorul trebuie să formuleze o concluzie la încheierea SAPROF. Acest raționament final ilustrează, prin utilizarea unei scale de 3 măsuri, în ce măsură evaluatorul crede că există protecție, în ce măsură factorii au un efect redus în predispoziția la un viitor comportament violent. Notarea cu „scăzut” indică faptul că analistul crede că acolo nu există protecție sau există într-o mică măsură, „moderat” se referă la protejarea medie, iar „mare” se referă la gradul crescut de protecție. Precum la HCR-20 și celelalte instrumente, raționamentul final nu este determinat numai de adăugarea factorilor de protecție individuali, ci depinde de interpretarea, cântărirea și integrarea itemilor. Elementele critice trebuie de asemenea să fie atent evaluate în momentul concluderii la Raționamentul Final de Protecție. Pentru utilizarea în domeniul clinic, ar fi folositoare o măsurare cu ajutorul unei scale de 5 măsuri pentru raționamentul final: 1) Scăzută; 2) Scăzută spre moderată; 3) Moderată; 4) Moderată spre mare; 5) Grad ridicat de protecție. Aplicarea unei scale de 5 măsuri în locul celei de 3 face mai ușoară observarea nuanțelor; în cadrul unei populații medico-legale unde progresul tratamentului este de obicei mai scăzut, poate fi folositor și motivatoriu pentru abilitatea de a observa micile schimbări. Mai mult, cercetarea la Van der Hoeven Kliniek a arătat un grad al validităților de predicție ridicat în cazul raționamentelor finale făcute pe scala de cinci măsuri mai degrabă decât în cazul celor realizate cu ajutorul celor de trei puncte.

### *4. Cotarea Raționamentului de Risc Integrativ Final*

În acest moment, rezultatele din cadrul celor 3 pași precedenți trebuie să fie integrate împreună cu rezultatele ale HCR-20 și a celorlalte instrumente. Utilizatorul, trebuie de asemenea să ia în considerare, să interpreze și să integreze rezultatele finale ale ambelor instrumente, adică combinarea și cântărirea factorilor de protecție și de risc, a raționamentului final, pentru a se decide în vederea Raționamentului de Risc Integrativ Final, a predispoziției la un comportament violent. Raționamentul final de risc ar trebui realizat până anul viitor. În legătură cu raționamentele finale, este indicat să se formuleze scenarii de risc care să descrie contextul, frecvența, dar și durata și intervalul posibil de timp în care abuzurile ar putea avea loc, precum și identificarea victimelor posibile (vezi Formularea riscului, p 27).

## **Instrucțiunile utilizatorului**

Calificările utilizatorului sunt similare celor descrise în liniile directoare SPJ (ex. Webster, 1997, p 17). Din moment ce SAPROF trebuie utilizat mereu în asociere cu HCR-20 sau cu alte instrumente relative, evaluatorul trebuie să îndeplinească anumite condiții pentru a putea utiliza acestea în mod concret.

În primul rând, trebuie să aibă experiență în conducerea evaluărilor individuale. Evaluatorul ar trebui să fi fost antrenat sau ar fi trebuit să experimenteze interpretarea și administrarea testelor sau a interviurilor semi-structurate. Pregătirea specifică liniilor directoare SPJ este recomandată.<sup>7</sup> În al doilea rând, analiștii trebuie să fie familiarizați cu studiile cele mai recente despre natura și cauzele violenței, precum și cele bazate pe prevenirea și previzionarea violenței. Gradul de experiență depinde de scopul pentru care SAPROF este utilizat. Când SAPROF este utilizat în scopuri clinice, nivelul de expertiză ar trebui să fie mare. În cadrul cercetărilor, aptitudinile utilizatorului sunt mai puțin stricte. Recomandăm ca cei neexperimentați să fie supravegheați de evaluatorii antrenați pentru cel puțin zece evaluări de risc. Mai mult, recomandăm *modelul de consens* (vezi Codarea itemilor, p 23) sau măcar consultarea frecventă a colegilor pentru a accentua înțelegerea itemilor și pentru a preveni „pasivitatea”.

## **Utilizarea SAPROF în mod practic**

Rezultatele evaluărilor pot fi utilizate practic cu ceva restricții, din moment ce baza științifică SAPROF e încă limitată. Câțiva itemi precum 1 (Inteligența) și 2 (Afecțiunea în copilărie), fie altul nu pot fi influențați prin intervenție, sau pot fi dar doar într-o măsură foarte mică. Cu toate acestea, majoritatea itemilor oferă ghidare pentru tratament sau pentru supraveghere. Psihatrii pot ajuta pacienții în căutarea unui loc potrivit de muncă (item 6. Munca) și în activitățile din timpul liber (item 7. Activitățile din timpul liber), sau în menținerea relațiilor de socializare și a legăturilor (elementele 13. Rețeaua de socializare, 14. Relațiile intime; și 15. Îngrijirea profesională.) Mai mult, este important - legat de factorii de risc din HCR-20 și celelalte instrumente să se analizeze și să se decidă nivelul de control și supraveghere de care pacientul are nevoie.

Psihatrii din Van der Hoeven Kliniek care au utilizat frecvent SAPROF cu scop clinic, au observat că instrumentul poate fi folositor la formularea scopurilor tratamentului, justificând etapele tratamentului, fazarea acestuia și facilitarea comunicației de risc (Van den Broek&De Vries Robbé, 2008). Ar fi bine ca psihatrii să verifice SAPROF împreună cu pacienții lor și să discute care factori trebuie să fie analizați mai atent în timpul tratamentului. Această colaborare pozitivă căutând opțiuni și posibilități împreună poate fi motivator atât pentru psihatrii

cât și pentru pacienți. La începutul tratării unui cliet (pacient extern), specialiștii pot afla că preponderent sunt doar factori externi 15 (Îngrijire profesională), 16 (Condiții de viață), 17 (Control extern) care furnizează protejarea transformării recidivismului în comportament agresiv. Ceilați factori dinamici vor fi administrați în cadrul tratamentului, în mod ideal, pentru a elimina necesitatea protecției externe intensive. Figura 2 arată rezultatele unui studiu din fazele pre și post tratament a itemilor din SAPROF în cadrul unui grup de 45 de pacienți (De Vries Robbé și colaboratorii, în curs de revizuire; vezi de asemenea și Cercetarea cu SAPROF, p 28). Din moment ce pacienții și-au creat în mod individual factorii lor de protecție, a existat o schimbare evidentă în cadrul elementelor.

La raportarea rezultatelor evaluării SAPROF, analistul este sfătuit să nu menționeze scorurile în documentele oficiale, în schimb să sublinieze factorii importanți și raționamentul final. Rezultatele SAPROF trebuie integrate în raportarea evaluării generale.

### **Formularea riscului**

Rezultatele SAPROF trebuie integrate în raportul ce vizează analiza riscului integral. În momentul raportării și a comunicării acestora, evaluatorul este sfătuit să nu menționeze scorurile, dar în locul acestora să ilustreze o descriere clară a factorilor relevanți și a raționamentului final bazat pe probabilitatea unei viitoare violențe. În acest proces de formulare, evaluatorul trebuie să încerce să formuleze o relatare pe baza celor mai posibile scenarii pentru drumul pacienților către violență. Problemele care trebuie luata în considerare în momentul formulării sunt natura, severitatea, iminența și victimele posibile cu un comportament violent. Instrumentele de analiză aplicate ar trebui să ofere evaluatorului o viziune asupra întrebării care este posibilitatea ca abuzul violent să aibă loc, care factori ar putea să potențeze riscul (factorii de risc) și care dintre aceștia diminuează riscul (factorii de protecție). Privind factorii de protecție, o descriere a factorilor mai importanți în prevenirea riscului de abuz ar fi valoroasă, mai mult, care factori au cel mai mare potențial pentru îmbunătățirea nivelului de protecție și ar trebui incluși în intervenția prioritară a tratamentului.

## Cercetarea cu SAPROF

### *Studii retrospective*

Cercetarea alături de SAPROF este condusă în diferite cadre din jurul lumii. Rezultate din studiile de validare în Olanda vizează eșantioane diferite de pacienți medico-legali. Două fișiere retrospective au fost realizate cu un atac agresiv masculine (N=105) și contravenienți sexuali (N=83), care au terminat tratamentul mandatoriu într-un spital de psihiatrie, având o medie de 5,5 ani (De Vries Robbé, 2014; De Vries Robbé &, De Vogel, & Douglas, 2013; De Vries Robbé, De Vogel, & De Spa, 2011; De Vries Robbé De Vogel, & Douglas, 2013; De Vries Robbé, De Vogel, Douglas, & Nijman, 2014; De Vries Robbé, De Vogel, Koster, & Bogaerts, 2014). Pacienții din ambele eșantioane au fost diagnosticați în primă fază cu disfuncții de personalitate și într-o mai mică măsură cu disfuncții majore. În eșantionul ce viza abuzatorii sexuali, toți pacienții au fost condamnați pentru aceste abuzuri, aproape o jumătate dintre aceștia incluzând copii drept victime. Bazat pe fișiere informative, SAPROF și HCR-20 au fost codificate la sfârșitul tratamentului. Pentru 70 dintre cazuri, fișierele au fost codificate de către doi evaluatori. Rezultatele au arătat o legătura excelentă de siguranță pentru scorul total SAPROF, dar precum și pentru Raționamentul final de protecție atât pentru abuzatorii violenti (ICC = .88; ICC = .85,  $p < .01$ , o singură măsurare) <sup>4</sup> cât și pentru abuzatorii sexuali (ICC = .85; ICC = .73,  $p < .01$ , o singură măsurare).

Datele rezultate pentru toți abuzatorii au fost retrase din înregistrările criminale oficiale, cu o perioadă de urmărire în cadrul comunității, cel puțin a trei ani după eliberare. Validitatea predictivă a fost examinată prin utilizarea Analizei Caracteristicilor Receptorului. Tabelul 3 arată validitatea predictivă a recidivismului violent a măsurătorilor post tratament a SAPROF pentru ambele grupări de abuzatori precum și eșantionul combinat. Precum indică Tabelul 3, scorurile totale a post-tratamentului SAPROF aplicate ambelor categorii au arătat o bună validitate premonitorie pentru recondamnarea pe o perioadă scurtă de timp (1an ) precum și un termen mediu (3 ani), dar și o perioadă de lungă durată (în jur de 11 ani) de urmărire. Chiar dacă aceste rezultate au fost bune atât pentru abuzatorii violenți cât și pentru cei sexuali, analizele au descoperit factori diferiți SAPROF care au previzionat mai mult o predispoziție inexistentă la agresioni: *Stăpânirea de sine*, *Munca*, *Finanțele* pentru abuzatorii violenți; iar *Abilitățile de supraviețuire*, *Stăpânirea de sine*, *Motivația și Atitudinile* pentru abuzatorii sexuali. Prin scăderea scorurilor totale SAPROF din cadrul scorurilor HCR-20 o nouă măsură a fost creată, în cadrul căreia riscul de violență este în contrabalanță cu protecția posibilă. Tabelul 3 arată că la nivel global, acuratețea predictivă a acestor măsuri combinate a fost mai mare decât atunci când HCR-20 a fost utilizat singur, indicând faptul

că adăugarea SAPROF oferă un surplus pozitiv a puterii instrumentelor utilizate individual. Pe un termen de supraveghere lung, diferența acurateții predictive dintre SAPROF și HCR-20, între măsurile combinate și HCR-20 a fost semnificativă ( $X^2(1, 188) = 9.1, p < .01$ ;  $X^2(1, 188) = 13.4, p < .01$ ). Rationamentul final de protecție și Raționamentul integrative final de risc au prezis recidivismul violent la un nivel destul de bun, egal. În general, raționamentele finale făcute pe o scară de cinci au previzionat violența mult mai bine decât cel realizate pe baza măsurii de trei. (vezi 3.Codificarea Raționamentului final de protecție, p 25) .Cu toate acestea, valorile AUC pentru scorurile totale privind amândouă instrumentele au fost un pic mai bune decât cele pentru raționamentele finale.

### **Zona din josul liniei**

O metodă utilizată pentru a analiza validitatea instrumentelor de predicție este reprezentată de caracteristicile de funcționare a receptorului (ROC) (Douglas, etc, 2007; Rice&Harris,1995). Avantajul principal al acestei metode este neutralitatea față de ratele de bază. Analizele ROC au avut rezultate în graficul ratei de pozitivism (sensibilitate) împotriva ratei false pozitiviste (-1) pentru orice posibilă scurtătură. Zona inferioară liniei (AUC) poate fi interpretată ca o probabilitate pentru orice recidivist de a avea o șansă la creșterea scorului mai mult decât un non-recidivist. Un AUC de.50 reprezintă o șansă de prognozare și un AUC de 1.0 - prognozare perfecta. În general, valorile AUC de.70 și mai mari sunt considerate de la moderat la mari.75 (Douglas, 2007). Cu toate acestea, din moment ce factorii de protecție sunt mențiți să prognozeze non-recidivismul, valorile AUC din cercetare descrise mai reprezintă acuratețea previzionărilor non-recidivismului.

**Tablelul 3.** Validitate predictivă (AUC-valori) pentru recidive în cazul unor acte de violență în evaluările SAPROF post-tratament asupra contravenienților eliberați (N=188  $\sigma$ )

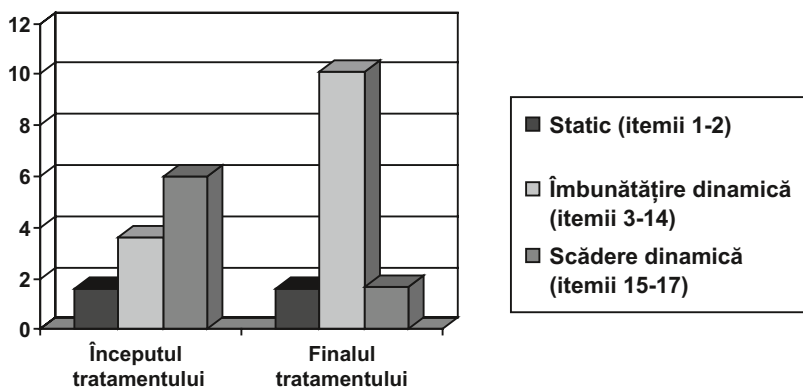
Continuare	1 an		3 ani		8/15 ani (M)		
	Violent N=105	Sexual N=83	Violent N=105	Sexual N=83	Violent N=105	Sexual N=83	Total N=188
Scor total SAPROF	.85**	.83**	.74**	.77**	.71**	.74**	<b>.73**</b>
Scor total HCR-20	.81**	.91**	.68*	.80**	.67**	.67**	<b>.64**</b>
Total HCR-20 – Total SAPROF	.85**	.89**	.72**	.80**	.71**	.72**	<b>.70**</b>
Hotărâre finală a protecției 3-pt	.82**	.79*	.71**	.73**	.67**	.66*	<b>.66**</b>
Hotărâre finală a protecției 5-pt	.83**	.81*	.72**	.71*	.69**	.65*	<b>.67**</b>
Judecata finală asupra riscului integrativ 3-pt	.80**	.79*	.65*	.70*	.66*	.67**	<b>.66**</b>
Judecata finală asupra riscului integrativ 5-pt	.85**	.83**	.71**	.73**	.68**	.68**	<b>.68**</b>

Notă. \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$

## Schimbările de măsurare în timpul tratamentului cu SAPROF

Pentru 120 din 180 de cazuri, SAPROF a fost cotelat la începutul tratamentului, bazându-se pe trecutul și fișierele informative din faza întâi a tratamentului. Figura 2 arată schimbările în medie a scorurilor SAPROF dintre măsurătorile făcute la începutul tratamentului și cele făcute la sfârșitul acestuia. Elementele sunt împărțite în Statice (elementele 1-2), Dinamice în îmbunătățire (3-14) și Dinamice în descreștere (elementele 15-17), având în vedere direcția așteptată a schimbărilor din timpul tratamentului (vezi de asemenea Utilizarea SAPROF în practică, p 26 ). O comparație între scorurile pre- și post- tratament au arătat o creștere semnificativă în cadrul scorurilor totale a itemilor dinamici SAPROF din timpul tratamentului. Așa cum a fost așteptat, scăderea externă a elementelor dinamice a arătat o descreștere semnificativă față de sfârșitul tratamentului. Această schimbare clară a protecției din externă în motivațională și internă este de fapt scopul tratamentului. De fapt, schimbările din cadrul scorurilor elementelor dinamice îmbunătățite din timpul tratamentului, au demonstrat inexistența sau imposibilitatea de a detecta noi condamnări, cu mult timp după ce tratamentul s-a terminat (AUC = .75 at 10-year follow-up,  $p < .01$ ). Cu toate acestea, pacienții care au arătat un progress mai mare măsurat, desigur, de către SAPROF, a recidivat într-o măsură mult mai mică după ce tratamentul s-a terminat.

**Figura 2.** Evaluări pre si post-tratament SAPROF (N=120)



Notă. Rezultatele itemilor 1-2: 1.6 pentru ambele evaluări; rezultatele itemilor 3-14 s-au modificat de la 3.6 la 10.1,  $p < .001$ ; rezultatele itemilor 15-17 s-au modificat de la 6.0 la 1.7,  $p < .001$



### *Studii clinice de viitor*

Rezultate preliminare din cadrul unui astfel de studiu, incluzând evaluarea a 315 (bărbați și femei) pacienți au fost realizate pentru a examina inter-fiabilitatea clinică și validitatea predictivă a SAPROF pentru incidentele violente ce pot avea loc pe parcursul tratamentului (De Vries Robbé & De Vogel, 2011; De Vries Robbé, De Vogel, Wever, Douglas, & Nijman, în decurs de pregătire). Au fost elaborate analize de către trei evaluatori din cadrul unor discipline diferite (membru de îngrijire, supraveghetor de tratament, cercetător) iar scorurile finale au fost decise, de comun acord, în cadrul unei întâlniri de consens. Buna inter-fiabilitate a fost descoperită pentru scorurile totale SAPROF dintre cei trei evaluatori a 250 de evaluări multidisciplinare (ICC = .70,  $p < .01$ , o singură măsură). Scoruri de consens au fost utilizate în calcularea validității predictive. Tabelul 4 arată validitatea predictivă a scorurilor SAPROF și HCR-20 pentru incidentele violente față de ceilalți în timpul anului ce urmează analiza. Rezultatele din cadrul acestui studiu la populația bărbătească au fost foarte similare cu cele retrospective. Din nou, SAPROF a previzionat atât pentru abuzatorii violenți de sex masculin, cât și pentru cei sexuali, iar scorurile totale au fost mai bune în vederea previzionării decât raționamentele finale. Valori predictive pentru abuzatorii de sex feminin au fost destul de bune, chiar dacă nu foarte semnificative și într-un număr mai scăzut față de bărbați. Din nou factorii au fost diferiți, depinzând de grup; *Stăpânirea de sine, Atitudini, Muncă, Motivația și Medicația* pentru abuzatorii violenți masculini; *Abilități de supraviețuire, Activități din timpul liber, Atitudini și Rețea* pentru cei sexuali; *Inteligența, Abilități de supraviețuire, Munca și Finanțe* la abuzatorii de sex feminin. La mod global, scorurile SAPROF au avut o validitatea predictivă bună, iar combinate HCR-SAPROF au avut o performanță mult mai ridicată.

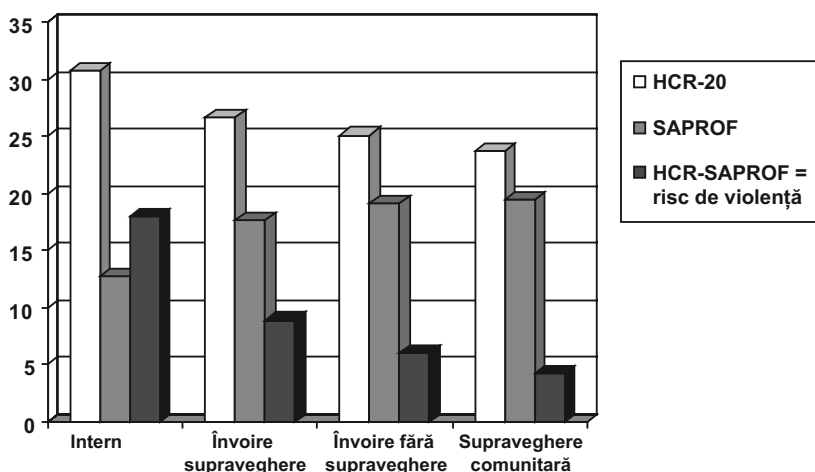
**Tablelul 4.** Validitate predictivă pentru incidentele violente pe durata tratamentului pentru evaluările clinice SAPROF (N=315, continuare timp de 1 an)

	Violent N=148 ♂	Sexual N=97 ♂	Total ♂ N=245 ♂	Total ♀ N=70 ♀	Total N=315
Scor total SAPROF	.77**	.81**	.78**	.70	<b>.77**</b>
Scor total HCR-20	.74**	.85**	.79**	.78*	<b>.79**</b>
Total HCR-20 – SAPROF	.81**	.84**	.82**	.76*	<b>.81**</b>
Hotarârea finală asupra protecției te	.69*	.73**	.70**	.69	<b>.70**</b>
Hotarârea finală asupra riscului integrativ	.75**	.81**	.77**	.72*	<b>.76**</b>

Notă. \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$  Judecățile finale sunt făcute pe o scară de 5 puncte.

Asemănător fișelor retrospective, SAPROF a demonstrat faptul că factorii de protecție au avut tendința să crească în timpul progresului medicamentos (vezi Fig.3). În același timp analizele ce vizează administrarea factorilor clinici și de risc a HCR-20 au observat o descreștere, de-a lungul timpului. Împreună, factorii de protecție îmbunătățiți și factorii de risc diminuați au avut ca rezultat reducerea riscului de violență. A fost descoperit faptul că au existat mult mai puține incidente în fazele terminale, iar previzionarea acestora a fost destul de bună, mai ales la aceste trepte, din moment ce pacienții ar fi avut mult mai multe șanse să își construiască proprii factori de protecție de-a lungul tratamentului (De Vries Robbé & De Vogel, 2011; De Vries Robbé și colaboratorii, în prelucrare). Aceste rezultate au arătat faptul că aplicabilitatea factorilor SAPROF în cadrul practicilor clinice a fost una bună, precum și utilitatea acestora în măsurarea progresului. Viitoarele studii vor trebui să încorporeze acest fapt.

**Figura 3.** Scorurile riscului și ale factorilor de protecție în diferite stadii ale tratamentului (N=315)



Notă. Evaluările incidentelor violente la diferite stadii ale tratamentului: Intern 29%; învoire supravegheată 15%; învoire nesupravegheată 7%; supraveghere comunitară 3%.

Pentru a concluziona, SAPROF poate fi codificat și a arătat că este un previzionar puternic al viitoarelor violențe atât în timpul tratamentului, cât și după acesta. Aceste rezultate sunt consecvente pentru diferite tipuri a ofensatorilor din cadrul Van der Hoeven Kliniek. Viitoarele cercetări din diferite țări și contexte vor trebui să consolideze aceste rezultate și mai mult vor trebui să se axeze pe uzabilitatea SAPROF în cadrul unor grupuri diferite de ofensatori precum abuzatori generali sau abuzatori din domeniul tratamentului.

## Descrierea elementelor

Factorii individuali de protecție ai SAPROF sunt descriși mai jos. Pentru fiecare element, este dată o scurtă motivație pentru alegerea acestei caracteristici, precum și îndrumări asistate la codarea acestuia.







## Itemii interni

Elementele interne se referă la caracteristicile individuale care au un efect de protecție împotriva unui viitor comportament agresiv. Acestea includ atât caracteristicile istorice, cât și dinamice ale individului.



# 1. Inteligența

## *Rațiunea fundament*

Într-un studiu longitudinal, Kandel și colaboratorii (1998) au investigat rolul unui IQ mărit în cadrul barbatilor adulți - măsurat prin versiunea scurtă a WAIS(Wechsler,1997). Această cercetare compară barbatii cu un risc de agresivitate crescut (ex,aceștia care au părinți criminali)cu cei care au un risc de agresivitate scăzut (aceia care nu au părinți criminali). Barbatii care sunt predispuși la un risc mărit, dar care nu au nici un trecut agresiv au avut un IQ mult mai mare decât cei care sunt mai puțin predispuși și care au un trecut agresiv.White și colaboratorii (1989) au arătat că adolescenții (băieți și fete) au IQ-uri mult mai scăzute decât omologii non-delicvenți.

## Cotarea

<b>2</b>	Inteligența deasupra normalei sau chiar mai mare
<b>1</b>	Inteligență medie
<b>0</b>	Inteligență sub medie sau mai mică

Inteligența trebuie măsurată utilizând tabelul și un instrument valid, de exemplu, WAIS sau Testul de Inteligență Kaufman în cadrul adolescenților și adulților (KAIT; Kaufman&Kaufman, 1992,) de preferat evaluat cât mai recent posibil. Dacă inteligența a fost măsurată cu mai mult de 6 ani în urmă, elementul trebuie omis. Caracteristica poate fi cifrată bazându-se pe testul de inteligență cuprins în manual și, de asemenea, pe interpretarea acestuia. Dacă un individ îndeplinește criteriile pentru diagnosticul de retard mintal DSM-IV, notarea trebuie să fie 0.

### Notă

În anumite cazuri, inteligența poate fi un factor de risc mai degrabă decât unul de protecție. Spre exemplu, un psihopat inteligent (de exemplu, o persoană cu un scor PCL-R mare) care este capabil în direcționarea clară a legii sau care poate manipula alți indivizi cu ușurință. În asemenea cazuri, informațiile de ghidare trebuie utilizate conform instrucțiunilor, dar trebuie de asemenea avute în vedere circumstanțele la realizarea raționamentului final.

## 2. Afectivitatea în copilărie

### *Raționament general*

O legătură strânsă cu un adult în copilărie (înainte de vârsta de 18 ani) poate fi considerată un factor de protecție pentru dezvoltarea comportamentului antisocial și agresiv în cadrul copilăriei și al maturității. (Fitzpatrick,1997; Fonagy, Target, &Steele,1997; Hawkins și colaboratorii, 1992). Afectiunea sigură este legată de empatia ridicată, care este, de asemenea, un factor de protecție (Davis, 1994; vezi elementul 3 Empatia). Mai mult, securitatea afectivității în copilărie și prezența unui adult model au o influență pozitivă în abilitățile de rezolvare a problemelor, abilități de socializare precum și stabilitatea emoțională (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1969, 1973; Frankel&Bates, 1990; Jacobson&Wille,1986).

## Cotarea

<b>2</b>	Afectivitatea sigură măcar a unui adult a fost prezentă în copilăria individului
<b>1</b>	Afectivitatea sigură măcar a unui adult a fost prezentă în copilăria individului, doar într-o anumită măsură
<b>0</b>	Afectivitatea sigură măcar a unui adult nu a fost prezentă în copilăria individului

Elementul trebuie codat pornind de la informațiile din cuprinsul dosarului individului înainte de a fi împlinit 18 ani. Este foarte important că individul a învățat să aibă încredere în ceilalți în timpul copilăriei, că are o relație bună și afectuasă cu un adult sau cu mai mulți, în care a fost acceptat și încurajat să socializeze. Acest element include atât rolul adultului - model în copilăria individului, cât și dezvoltarea stilului de atașament sigur.

Dacă o legătură prea strânsă a avut efecte nefavorabile, precum răsfățarea excesivă sau protejarea ieșită din limitele normalului, atunci atașamentul poate avea o protecție mai scăzută; acest lucru ar trebui să fie avut în vedere atunci când acest element este codat. Un adult prosocial este o persoană care nu a dat dovadă de nici un comportament antisocial în cadrul copilăriei individului. Această persoană este de preferat un părinte sau un îngrijitor primar, dar cu o legătură strânsă cu un alt adult, precum un profesor sau o rudă. Dacă un individ a dezvoltat un afect către un părinte antisocial în timpul copilăriei, acest lucru poate duce mai degrabă la un factor de risc decât la unul de protecție. Acest lucru apare deoarece copilul poate imita comportamentul adultului sau poate fi prins în cadrul unor activități criminale precum furt sau trafic de droguri. Pentru codarea acestui element, trebuie avute în vedere tulburările de dezvoltare dacă acestea sunt știute a fi împiedicat dezvoltarea, de exemplu, o tulburare din spectrul autismului.

### 3. Empatia

#### *Raționament general*

Empatia înseamnă dispoziția care îi face pe indivizi să se înțeleagă reciproc și care îi face să își identifice reciproc situația sau starea emoțională (Cohen&Strayer, 1996; Eisenberg&Miller, 1987). Salataris (2002) a descris empatia ca emoția fundamentală morală, în care contactul și responsabilitatea pentru ceilalți indivizi sunt cele mai importante aspecte. Cercetările empirice au arătat că empatia este deja prezentă la copii de o vârstă foarte mica (Beck, 1999). Pentru dezvoltarea unor modele de comportament antisocial, prezența sau absența emaptiei pare să funcționeze ori ca un factor de protecție ori ca unul de risc, respectiv (Davis, 1994; Miller&Eisenberg, 1988; Zahn-Waxler, Cole, Welsh,&Fox, 1995). Empatia este o condiție prealabilă pentru dezvoltarea și experimentarea sentimentelor de vină (Hoffman, 1994). Sentimentele de vină și empatie sunt asociate cu comportamentul prosocial I (Leith&Baumeister,1998). Persoanele cu abilități empatice suficiente pot identifica victimele, le pot înțelege durerea și teama, și pot avea o experiență plină de stres. Pentru a preveni acest stres, ei vor avea o tendință mai mare de a opri acest comportament antisocial decât cei care au un deficit de empatie (Miller&Eisenberg, 1988; Saltaris, 2002). Cercetările realizate despre efectele Programului de Prevenție a Violenței în cadrul școlilor din Chicago au redat faptul că emaptia personală a fost un prognostator important pentru reducerea comportamentului agresiv (McMahon&Washburn, 2003).

## Cotarea

<b>2</b>	Empatia este prezentă
<b>1</b>	Empatia este prezentă doar într-o anumită măsură
<b>0</b>	Empatia nu este prezentă

Codarea acestui element este bazată în general pe observarea comportamentului și a emoțiilor individului la contactul cu alte persoane aflate în aceeași situație. Importantă este abilitatea de a empatiza cu ceilalți, în special cu posibile victime. Indicarea existenței empatiei poate fi făcută atunci când individul se identifică cu nenorocirea altuia sau când se îngrijește de ceilalți. Elementul ar trebui să fie codat ca un factor dinamic, bazat pe cele șase luni anterioare. Mai mult, dosarul istoric și rapoartele psihologice anterioare pot fi consultate pentru comportamente legate de empatie.

## 4. Abilități de supraviețuire

### *Raționament general*

Cercetările au dovedit existența unei relații între terapie în concordanță cu Modelul de Prevenire a Recidivelor și reducerea recidivismului sexual sau non-sexual al comportamentului agresiv (Aytes, Olsen, Zakrajsek, Murray, & Ireson, 2001; Marques, Day, Nelson, & Wast, 1994). Modelul de Prevenire a Recidivelor este bazat pe învățarea abilităților eficiente de adaptare pentru a preveni recidiva. Abilitățile eficiente de adaptare sunt abilități care protejează împotriva stresului de zi cu zi în viața indivizilor, pentru ca problemele să abă un efect minim sau să fie absent. McKibben, Proulx și Lussier (2001) au menționat câteva strategii comportamentale eficiente pentru a face față conflictelor interpersonale și a stării de spirit negative, a învățării sau a dezvoltării abilităților de adaptare. De asemenea, au aflat faptul că strategii precum restructurarea cognitivă au fost cele mai eficiente pentru a face față fanteziilor sexuale deviate. Strategii de evitare precum negarea sunt, în general, ineficiente (Holahan, Moos, & Schaefer, 1996) deoarece ele limitează dezvoltarea unor răspunsuri adaptabile. Un studiu despre tratamentul adolescenților agresivi cu o afecțiune psihiatrică a arătat faptul că problema - competențele de rezolvare au fost eficiente împotriva recidivismului violent, amenințărilor, a auto-vătămării și a comportamentului de risc (Vance și colaboratorii, 2002).

## Cotarea

<b>2</b>	Abilitățile de adaptare sunt prezente
<b>1</b>	Abilitățile de adaptare sunt prezente doar într-o anumită măsură
<b>0</b>	Abilitățile de adaptare nu sunt prezente

Acest element trebuie cotate având în vedere mai multe surse de informare. Raportul personal poate oferi informații importante pentru evaluarea acestui element, dar nu poate fi suficient singur. Pentru un raționament adecvat a abilităților de adaptare este esențială includerea unor informații legate de viața indivizilor de zi cu zi. Observarea comportamentului, de exemplu, într-o comunitate staționară, într-un grup de terapie, sau în timpul unor jocuri de rol, poate oferi o perspectivă mult mai bună a modului în care respectiva persoană se descurcă în cazul unor conflicte sau a unor evenimente negative. De exemplu, este capabil acesta să se descurce în circumstanțe stresante sau poate acționa când e vorba de rezolvarea unei probleme? Discută cu alte persoane despre rezolvarea problemei respective sau își neagă problemele, minimalizându-le? Acest item trebuie codat având în vedere cele șase luni anterioare. În plus, istoricul anterior sau raporturile psihologice anterioare pot oferi materie brută despre metoda în care individul s-a descurcat cu problemele și cu situațiile dificile din trecut. Abilitățile de comunicare și cele sociale pot fi de asemenea incluse dacă reprezintă un mod eficient de a se ocupa de probleme.



## 5. Stăpânirea de sine

### *Raționament general*

Stăpânirea de sine reprezintă modul în care persoana își controlează comportamentul în vederea atingerii propriului scop. În Teoria Generală a Crimei, Gottfredson și Hirschi (1990) accentuează importanța controlului, pe care ei îl descriu ca fiind abilitatea de a amâna satisfacția. Ei afirmă că, în orice situație de viață indivizii cu un grad mare de control au o predispoziție mai mică spre comportamentul agresiv. Stăpânirea de sine se leagă de controlarea și schimbarea impulsurilor, gândurilor sau a dorințelor și reprimarea comportamentelor nedorite pentru o adaptare optimă între individ și mediu înconjurător (Rothbaum, Wisz, & Snyder, 1982). Ea are o influență restrictivă asupra impulsivității, comportamentului sărac și al controlului emoțional. Bazându-se pe o meta-analiză, Pratt și Cullen (2000) au concluzionat că controlul scăzut este un prognozator important al comportamentului criminal și al unui comportament relativ. Din cercetările făcute de Tangney, Baumeister și Boone (2004) a devenit clar că un grad ridicat de control corelat cu o probabilitate mică de probleme în cadrul tuturor domeniilor, precum dependența, simptomele psihopatologice, relațiile interpersonale, regulamentul de agresiune și funcționarea emoțională. Finkenauer, Engles și Baumeister (2005) au afirmat că, la adolescenți, stăpânirea de sine are un efect de mediere în prevenirea problemelor emoționale și comportamentale.

## Cotarea

<b>2</b>	Stăpânirea de sine este prezentă
<b>1</b>	Stăpânirea de sine este prezentă doar într-o anumită măsură
<b>0</b>	Stăpânirea de sine nu este prezentă

Acest element trebuie cifrat bazându-se pe nivelul de control ce a fost observat. De exemplu, poate o persoană să își controleze impulsurile? Poate rămâne calmă în situații limită fără să își piardă cumpătul? Dacă un individ a urmat o pregătire specială atât în domeniul emoțional cât și în cel al agresivității, informațiile ce au rezultat la sfârșitul acestor proceduri pot contribui la evaluarea gradului dezvoltat al stăpânirii de sine. Mai mult, pot fi utilizate chestionare. Auto-disciplina și perseverența - menținerea intențiilor și reprimarea comportamentului inadecvat pe termen lung - urmări naturale ale stăpânirii de sine. Un exemplu al auto-disciplinei este acel pacient care are o predispoziție ridicată spre a intra într-o stare de psihoză și care reușește să se abțină de la consumarea drogurilor. Dacă auto-controlul este bine dezvoltat și progresează în auto-disciplină, recidiva într-un comportament violent este puțin probabilă, fapt ce determină notarea cu 2 a acestuia. Dacă controlul a ajuns doar la un anumit grad, sau nu a reușit încă pe o perioadă mai lungă de timp, atunci el trebuie notat cu 1.







## Itemii motivaționali

Itemii de motivație se referă la factorii de protecție ce provin din motivația de a fi un membru pozitiv al societății. Acești itemi implică motivația atitudinii față de diverse aspecte ale tratamentului, dar și a vieții în general.

## 6. Munca

### *Raționament general*

Plata constantă sau munca neplătită contribuie la o viață structurată și un mod aparte de a îți petrece ziua. Mai mult decât atât, un loc de muncă potrivit poate asigura satisfacție și o răsplată intrinseci, prin atingerea scopurilor și ambițiilor personale. Munca este de asemenea un aspect important când ne referim la (re) integrarea abuzatorilor în societate. Într-o meta-analiză, Gendreau și colaboratorii (2000) au studiat relația dintre antrenamentul din timpul detenției, nevoile de lucru la eliberare și recidivismul. Aceștia au aflat că abuzatorii care își pot expune nevoile legate de muncă sunt mai puțin predispuși la recidivism decât aceia care nu sunt capabili de aceasta. Cercetările realizate printre clienți ai serviciului de probațiune au demonstrat că cei anagajați aveau un grad scăzut de recidivism față de cei neangajați (Finn, 1999; Taxman, Byne, & Moline, 2000).

## Cotarea

<b>2</b>	O situație stabilă și sigură a unui loc de muncă este prezentă
<b>1</b>	O situație stabilă și sigură a unui loc de muncă este prezentă dar, doar într-o anumită măsură
<b>0</b>	O situație stabilă și sigură a unui loc de muncă nu este prezentă

Pentru a cifra acest element, structura pe care munca stabilă o prevede este importantă, precum și compatibilitatea dintre locul de muncă și abilitățile individului. Locul de muncă poate fi plătit sau nu, putând fi de asemenea într-o instituție sau în afară. Dacă o persoană are un loc de muncă stabil care contribuie la un program zilnic structurat și la un mod potrivit de petrecere a timpului, atunci acesta trebuie, măcar, notat cu 1. Dacă, mai mult, locul de muncă este potrivit și îndeplinește așteptările individului, conformându-se ambițiilor acestuia, atunci el trebuie notat cu 2. Respectarea contractului și a responsabilităților în cadrul propriilor îndatoriri contribuie la o situație stabilă a locului de muncă.

Locul de muncă stabil este o noțiune relativă, iar faza de tratament în care se află individul trebuie avută în vedere. Însă, un loc de muncă nu poate oferi protecție, dacă face ca individul să se lovească de factori de risc, de exemplu, dacă cineva care a comis un abuz sexual asupra unor minori și în prezent lucrează în cadrul unei școli primare. Dacă jobul din cadrul unei instituții se bezează pe ergoterapie care nu este prevăzută în capacitatea individului, nu ar trebuie luată drept considerent în momentul codificării acestui element.



## 7. Activități de petrecere a timpului liber

### *Raționament general*

Hoge și colaboratorii (1996) au determinat că structurarea activităților din timpul liber au o influență de protecție la abuzatorii adolescenți supravegheați de serviciul de probațiune. Acest lucru a fost adevărat atât pentru adolescenții cu un risc de agresiune ridicat, cât și pentru cei cu unul scăzut. Luând parte la activitățile de club, s-a observat că acestea reduc riscul de agresivitate. Mahoney și Sattin (2000) au realizat că participarea la activitățile structurate din timpul liber au avut ca rezultat scăderea gradului de comportament antisocial la adolescenți, pe când activitățile ce au fost dezorganizate au dus la un comportament antisocial. Pentru un grup de pacienți externi, participarea la activitățile de club a dus la scăderea violenței și a infracțiunilor generale.

## Cotarea

<b>2</b>	Activități structurate din timpul liber sunt prezente
<b>1</b>	Activități structurate din timpul liber sunt prezente într-o anumită măsură
<b>0</b>	Activități structurate din timpul liber nu sunt prezente

În momentul cotării acestui element, analistul trebuie să fie atent la gradul în care activitățile sunt structurate. Activitățile din timpul liber generează contacte sociale atunci când sunt organizate și când sunt implicate mai multe persoane. Activități precum acestea pot preveni plictiseala și singurătatea, mai mult, ele pot duce la un control social. Activitățile individuale vor oferi o protecție mai scăzută față de cele care implică contactul cu alte persoane. Structura are un rol important și aici; participarea ocazională la o activitate, având un efect redus față de participarea totală. Dacă individul este prins în mod regulat în activități extra precum sportul, activitățile culturale sau alte activități într-un context organizat, itemul trebuie notat cu 2. Este important ca individul să se bucure de aceste activități. Dacă o persoană ia parte la aceste activități mai puțin frecvent, atunci itemul trebuie cifrat cu 1. Pentru evaluarea activităților din timpul liber, factorii de risc individuali trebuie să fie atenți urmăriți. Pentru anumite persoane, precum pacienții predispuși la psihoză, activitățile organizate pot fi contra-indicate, de exemplu, deoarece ele implică o mulțime de responsabilități care sunt prea solicitante sau stresante pentru acea persoană. Mai mult, activitățile trebuie să fie potrivite fiecărui individ. De exemplu, o persoană care a abuzat sexual un minor în trecut, care antrenează o echipă de sport sau un alcoolic care începe să joace darts ca un hobby, și ca rezultat începe să frecventeze barurile, îi pot pune în niște situații nu tocmai stabile.

## 8. Administrarea finantelor

### *Raționament general*

Serin și Mailloux (2001) au relizat un chestionar de auto-report pentru evaluarea nevoilor criminogene, alfând că elementele financiare diferențiau în mod clar recidiviștii de non-recidiviști, mai ales problemele legate de venit și datorii. O meta-analiză facută de Gendreau și colaboratorii (2000) a arătat că multe studii au găsit corelații între problemele financiare și recidivism. Gestionarea financiară inadecvată, problemele financiare (datorii) și venituri scăzute au fost recunoscute ca fiind factori de risc financiari. Mai mult, riscul violenței domestice e mai mic dacă familiile nu au datorii mari (Litton Fox, Benson, DeMaris, & Van Wyk, 2002).

## Cotarea

<b>2</b>	Venitul stabil și gestiunea financiară sigură sunt prezente
<b>1</b>	Venitul stabil și gestiunea financiară sigură sunt prezente doar într-o anumită măsură
<b>0</b>	Venitul stabil și gestiunea financiară sigură nu sunt prezente

Un venit stabil și o gestiune financiară sigură este definită ca deținerea unui venit în fiecare lună, suficient pentru a se întreține pe sine (dar și familia, dacă e cazul), preferabil ca angajat, dar posibil și prin ajutoarele sociale. Pentru a determina dacă un venit stabil este de ajuns, condițiile în care individul trăiește trebuie de asemenea avute în vedere. Dacă o persoană este instituționalizată, el cere o sumă mică de bani, fiind capabil să se descurce cu un venit mic. Dacă o persoană face parte dintr-o comunitate, este nevoie de un venit mai mare pentru a asigura acomodarea și alte nevoi de bază. Este important că, în acest caz nu există datorii față de autorități sau alte instituții de acest gen. Împrumuturi și credite ipotecare care pot fi plătite ușor din venit nu sunt văzute ca fiind datorii. Pentru a obține un scor de 2, individul trebuie să demonstreze că poate să se descurce singur din punct de vedere financiar, de exemplu, prin economisire sau prin oprirea de la cheltuirea impulsivă a banilor. Dacă o persoană folosește banii în mod irresponsabil, atunci itemul se cotează cu 0.

## 9. Motivația pentru tratament

### *Raționament general*

Acest element se referă la motivarea de participare în cadrul tratamentului și la bunăvoința care se ocupă cu problemele legate de comportamentul agresiv. Atenția este necesară în cadrul reacției la tratament și de asemenea, pentru un tratament de succes și pentru reabilitare. Acordul cu privire la scopurile tratamentului și a schemelor de tratament, precum și buna cooperare dintre pacient și terapeut sunt importante. Evaluarea motivației pentru tratament are o importanță specială în tratamentul medico-legal involuntar, din moment ce motivația intrinsecă pentru tratament nu poate fi luată în serios (Drieschner, 2005). Van Beek și Mulder (1992) au susținut că atenția pentru motivația tratamentului este vitală pentru un tratament de succes al abuzatorilor sexuali. Într-un studiu despre efectele programelor de administrare a agresivității, Howells și colaboratorii (2003) au observat faptul că motivația tratamentului este un bun prognozator al eficacității acestuia. Abuzatorii care au fost mai motivați pentru tratament au beneficiat mult mai mult de programele de stăpânire a agresivității decât aceia care nu au avut nici măcar pic de motivație. Multe alte studii au subliniat o corelare pozitivă între motivația tratamentului și eficiența acestuia (Melnick, De Leon, Thomas, Kressel, & Wexler, 2001; Nickel și colaboratorii, 2006; Schneider & Klauer, 2001). Prochaska și DiClemente (1982) au dezvoltat un model de motivație a tratamentului pentru dependenții de droguri, ce descrie faze diferite ale motivației pentru schimbul comportamental. În final, Stewart și Millson (1994) au investigat dacă acest model poate fi utilizat pentru evaluarea relației dintre motivație și riscul recidivismului la prizonierii aflați în eliberare condiționată. Ei au realizat că abuzatorii cu scoruri mici trebuie readmiși în curând.

## Cotarea

<b>2</b>	Motivația pentru tratament este prezentă
<b>1</b>	Motivația pentru tratament este prezentă doar într-o anumită măsură
<b>0</b>	Motivația pentru tratament nu este prezentă

În momentul codificării acestui element, ar trebui să se acorde o atenție deosebită asupra tratamentului și asupra motivației individului pentru tratament. Realizează că tratamentul este necesar, e motivat să își schimbe comportamentul, sau este deschis și cooperant? Progresul tratamentului trebuie de asemenea avut în vedere atunci când codificarea elementului are loc. Dacă există contact cu un cadru specializat de îngrijire ca o condiție a supravegherii comunității, acest element poate fi notat ca fiind motivator pentru supraveghere și intervenție.

## 10. Atitudinea față de autorități

### *Raționament general*

Hoge și colaboratorii (1996) au găsit o corelație între răspunsul pozitiv față de autorități și recidivismul redus la un grup de adolescenți atât de sex masculine, cât și feminine, condamnați. Acest factor a fost dovedit a nu avea nimic de a face cu factorii de risc pentru comportamentul delicvent și, prin urmare, are un efect de protecție atât în cazurile de risc scăzute, cât și în cele mari. Stevenson, Hall și Innes (2003) au descoperit faptul că atitudinile negative față de sistemul de justiție și toleranța față de încălcarea legilor au fost mult mai frecvente la abuzatorii cu un nivel ridicat de agresiune, decât la non-infractori. Într-o meta-analiză, Hanson și Morton-Bourgon (2004) au găsit faptul că nerespectarea condițiilor impuse de instanțe a fost un factor prognozator puternic a recidivei în comportamentul violent sexual.

## Cotarea

<b>2</b>	Atitudini pozitive față de autorități sunt prezente
<b>1</b>	Atitudini pozitive față de autorități sunt prezente doar într-o anumită măsură
<b>0</b>	Atitudini pozitive față de autorități nu sunt prezente

În momentul codificării acestui element, ar trebui să se acorde o atenție deosebită a modului în care persoana se comportă cu autoritățile. Acest lucru face referință la acceptarea deciziilor de către poliție și de către curtea de justiție (ex.respectarea condițiilor impuse) precum și a atitudinii generale față de terapeuți, consilieri, supraveghetori, și alte persoane care sunt în poziția de autoritate. Este individul pregătit să respecte un angajament, să respecte totodată regulile, precum absența oricărui drog sau a consumului de alcool, luând tratamentul prescris și făcând testele de antidrog și alcool în mod regulat? Este important ca individul să tolereze autoritatea și controlul exercitat de către celelalte persoane și să realizeze faptul că nu este pe deplin independent.



# 11. Scopuri în viață

## *Raționament general*

Obiectivele de viață pozitive sunt aspectele care dau sens vieții individului. Prezența factorilor care dau un sens existenței individului pot duce la un sentiment de împlinire, scop și speranță pentru viitor. Este de așteptat pentru un individ care are obiective de viață pozitive, să fie mult mai capabil de a susține schimbările comportamentale pe termen lung. Într-un studiu bazat pe importanța obiectivelor pentru reabilitare în viață, Sivaraman Nair (2003) a descoperit că acestea contribuie la motivația pentru și angajamentul la programele de tratament. Cercetări incluzând Anexa cu privire la viață (Battista&Almond, 1973; versiunea olandeză de către Debats, 1990) printre pacienții externi ai psihiatrilor medico-legali olandezi au indicat că bărbații care considerau că obiectivele lor sunt îndeplinite au fost mai puțin ofensatori decât cei care nu au nici un scop în viață au fost mai puțin frecvent condamnați pentru infracțiuni violente (Bouman, De Ruiters, & Schene, în revizuire). Debats (1999) a afirmat că angajarea în relații interpersonale este un mod convențional de a adăuga un sens vieții. Aceasta nu include numai efectul motivațional de a avea o relație benefică, dar, de asemenea posibilitatea de a avea niște legături puternice și de a fi un bun părinte. Multe studii au descoperit un efect de protecție pentru abuzul sexual dar și non-sexual în cadrul obiectivelor de viață, legate de angajament sau ideologie (Rutenfrans&Terlouw, 1994; Borowsky, Hogan, & Ireland, 1997). Mai mult, Furrow, King și White (2004) au găsit o relație pozitivă între un sentiment de sens, religie și dezvoltarea pozitivă a tineretului. (ex. dezvoltarea personalității prosociale).

## Cotarea

<b>2</b>	Prezența obiectivelor pozitive de viață
<b>1</b>	<i>Prezența într-o anumită măsură a obiectivelor de viață pozitive</i>
<b>0</b>	Prezența obiectivelor pozitive de viață este inexistentă

Acest element implică prezența factorilor ce asigură viața și care duc la împlinirea acesteia. Unii oameni pot considera o religie sau o ideologie ca fiind plină de sens, în timp ce alții găsesc împlinirea aceasta în îndeplinirea de părinte sau în realizarea ambițiilor sociale, culturale sau ideologice. Asemenea obiective pot fi incluse în acest item atâta timp cât ele contribuie la motivarea unei împliniri a vieții și la redarea unui sens. Dacă un individ are obiective clare pozitive de viață care dau sens viitorului, atunci elementul trebuie notat cu 2. Anexa cu privire la viață (Battista&Almond, 1973) poate fi utilizată la evaluarea prezenței acestor obiective. Nu va exista nici un factor de protecție ca rezultat al fanatismului sau a participării în grupuri care protestează împotriva normelor predominante și valorilor (Mitchell&Dodder, 1990). În fapt, aderarea la o religie sau fiind parte a unui cult care are opinii puternice împotriva grupului și/sau care încurajează violența pentru a proteja religia sau cultura, poate fi un factor de risc al agresivității (Cohen, 1998).

## 12. Medicație

### *Raționament general*

Cercetările au arătat că persoanele cu tendință spre abuz de natură sexuală și care iau Androcur (cyproterone acetat) sau MPA (medroxyprogesteroneacetat) au un nivel mai scăzut de recidivism decât abuzatorii sexuali care nu au lut antiandrogeni (Bradford, 1990). Agresivitatea la pacienții psihotici este relaționată cu simptome acute precum deziluzii, halucinații și frică dusă la extrem. La mulți pacienți medicația antipsihotică reduce aceste simptome puternice, care, în același timp, diminuează riscul de aparență a comportamentului agresiv (Toorey 1994). Smith (1989) a concluzionat faptul că printre pacienții psihiatrilor medico-legali, medicația nerespectată duce la creșterea simptomelor psihotice, comportament distrugător, amenințări și violență. În combinație cu utilizarea substanței, nerespectarea tratamentului accentuează substanțial riscul de comportament agresiv (Swartz și colaboratorii, 1998). Mai mult, utilizarea substanței poate influența efectul tratamentului; de exemplu, utilizarea steroizilor poate anula efectul antiandrogenilor.

## Cotarea

<b>2</b>	Motivația pentru și eficiența utilizării medicației este prezentă
<b>1</b>	Motivația pentru și eficiența utilizării medicației este prezentă doar într-o măsură
<b>0</b>	Motivația pentru și eficiența utilizării medicației nu este prezentă

Informația pentru codificarea acestui element va fi colectată, în genere, de la psihiatru sau de la practicantul general care prescrie medicația individului. Este important că individul înțelege nevoia de tratament și este motivat să-l urmeze (necesar dacă este nevoie). Acceptarea unor efecte secundare, precum luarea în greutate, pierderea libidoului sau a concentrării asupra problemelor, trebuie de asemenea analizată atent. Utilizarea tratamentului este protectiv doar dacă individul arată înțelegere. Persoanele din cadrul sistemului suport (psihiatrii sau relativi), pot fi capabili de a oferi informații în vederea înțelegerii tratamentului. Mai mult, este important ca regimul de tratament să fie ajustat și eficient.

Acest element poate fi aplicat tuturor indivizilor cărora medicația a fost recomandată de către un psihiatru. Cu toate acestea, tratamentul este considerat a fi un (posibil) factor de protecție atunci când cercetările empirice sau expertizele clinice sugerează că are un efect de reducere a violenței sexuale și non sexuale. La abuzatorii sexuali, antiandrogenii sau SSRIs poate juca un rol important în reducerea apetitului sexual. Medicamentele antipsihotice, antidepresive, sedativele sau stabilizatorii de dispoziție, pot avea un efect de protecție la pacienții cu disfuncții mintale sau ale personalității. Dacă altă utilizare decât cea a agenților psihofarmacologici sau antiandrogeni, are un efect pozitiv asupra stării de bine a persoanei, de exemplu medicația antiepileptică, poate fi inclusă în cifrarea acestui element. Dacă niciun tratament nu a fost prescris, atunci acest element nu este valid.

### Notă

Este important să realizăm faptul că, chiar dacă antiandrogenii reduc apetitul sexual, ceilalți factori de risc ai abuzului sexual pot să nu dispară, precum agresivitatea sau nevoia de a deține puterea și controlul. În cazuri individuale, acești factori pot juca un rol crucial în cadrul ofensării sexuale.







## Itemii externi

Elementele externe se referă la factorii naturali benefici care oferă protecție din exteriorul individului. Acestea includ atât ajutorul voluntar cât și impus.



## 13. Rețeaua de socializare

### *Raționament general*

Cercetările au demonstrat că având o rețea de socializare stabilă și prosocială oferă un efect de protecție împotriva comportamentului agresiv. Borowsky și colaboratorii (1997) au găsi în cadrul unei populații nonclinice de adolescenți de sex masculin, că legătura cu prietenii a fost un factor de protecție pentru abuzul sexual. În alt studiu, realizat tot printre adolescenți, Fitzpatrick (1997) a concluzionat că vorbind cu părinții și atenția dată de către profesori la școală, au fost factori de protecție împotriva comportamentului agresiv (exemplu lupte). Hilterman (2000) a demonstrat că, pentru pacienții psihiatrilor medicolegali olandezi, având membri din rețea nedevianți a diminuat ratele de recidivism în momentul plecării. În final, Vance și colaboratorii au realizat că ajutorul venit din partea rudelor și contactul cu colegii prosociali a avut un efect de protecție împotriva recidivismului la adolescenții tratați de probleme cu agresiunea și disfuncții emoționale.

## Cotarea

<b>2</b>	O rețea de socializare prosocială și de susținere este prezentă
<b>1</b>	O rețea de socializare prosocială și de susținere este prezentă într-o anumită măsură
<b>0</b>	O rețea de socializare prosocială și de susținere nu este prezentă

Pentru acest element este în special important să se acorde atenție aspectelor potențial ajutătoare a relațiilor de socializare, precum prieteni și rude. Dimensiunea rețelei în sine este mai puțin importantă.

Dacă un individ primește și experimentează un ajutor din cadrul rețelei sociale, iar membrii rețelei îl susțin în mod pozitiv, atunci elementul trebuie cifrat cu 2. Dacă există doar câțiva membri în rețeaua de socializare care oferă sprijin pozitiv într-o măsură mai mică, elementul trebuie cifrat cu 1. În opoziție, dacă un individ are membri ai acestei rețele care au o atitudine pozitivă despre crimă și despre comportamentul antisocial, acestea pot duce la un risc crescut.

Mai multe studii au arătat că o rețea deviantă sau criminală crește riscul pentru abuzatori (Goggin și colaboratorii, 1998), pacienții generali ai psihiatrilor (Estroff&Zimmer, 1994; Monahan și colaboratorii 2001) și pacienții psihiatrilor medicolegali (Hilterman, 2000). Cu toate acestea, colegii pacienților sau colegii prizonierilor pot avea de asemenea o influență bună, de exemplu, prin sprijinul emoțional sau prin prelevarea unui model pentru încheierea tratamentului cu succes sau a unui program de resocializare.

### Notă

Pentru pacienții cu abilități limitate de socializare și de supraviețuire, având multe contacte sociale, poate duce la destabilizare (Swanson și colaboratorii, 1998). Pentru acești pacienți, instrucțiunile de cotare trebuie utilizate ca mai sus, dar de asemenea trebuie avute în vedere circumstanțele în momentul formării raționamentului final. Relațiile intime sunt notate în elementul 14 (relații intime), astfel el nu trebuie luat în considerare la cotarea acestui element.

## 14. Relațiile intime

### *Raționament general*

Multiple studii au găsit dovezi legate de efectul de protecție a relațiilor intime la recidivism (ex. Horney, Osgood&Haen Marshall 1995; Sampson&Laub, 1990). Există multiple căi prin care o relație intimă poate avea un efect pozitiv, de exemplu, acompanierea individului, controlul social și scopul lui în viață. Cu toate acestea numai căsătoria nu este suficientă pentru a asigura diminuarea recidivismului ; calitatea relației intime este un factor decisiv ( Oddone-Paolucci și colaboratorii, 2000; Wright&Wright, 1992). Ododone Paolucci și colaboratorii (2000) au realizat un studiu de specialitate despre factorii de familie și despre recidivismul la abuzatorii adulți de sex masculin. Ei au subliniat că având o bună relație maritală, corelează un risc redus de recidivism. Acest lucru a fost de asemenea adevărat pentru întreținerea unei bune relații , în timpul sentinței și pentru crearea unei relații satisfăcătoare mutuale după eliberare Conform (Wright&Wright, 1992). Samson&Laub (1990) , comportamentul criminal este determinat de calitatea relației intime; sentimentele calde și afecțiunea puternică pentru partener , au fost asociate cu mai puține conflicte. Mai mult, Laub, Nagin&Sampson (1998) au realizat că o relație intimă stabilă reduce riscul de recidivism, chir și pentru persoanele care au adoptat înainte un stil de viață agresiv. În final, Klassen și O'Connor (1989), au observat că având o relație intimă, aceasta reducea riscul comportamentului agresiv pentru pacienții generali ai psihiatrilor.

## Cotarea

<b>2</b>	O relație intimă stabilă și de o calitate bună este prezentă
<b>1</b>	O relație intimă stabilă și de o calitate bună este prezentă doar într-o anumită măsură
<b>0</b>	O relație intimă stabilă și de o calitate bună nu este prezentă

Pentru acest element, stabilitatea și calitatea relației intime trebuie luată în considerare. Stabilitatea implică atât durata cât și lungimea relației. Vârsta și stagiul de viață a individului trebuie de asemenea, luate în considerare. Dacă un individ a avut o relație intimă pentru o perioadă foarte lungă, chiar dacă este căsnicie sau nu, elementul trebuie cifrat măcar cu 1. Pentru a determina calitatea relației intime, este recomandat ca informațiile partenerului să fie și ele incluse.

Pentru indivizii cu disfuncții mintale, o relație intimă poate fi mai degrabă un factor de risc decât unul de protecție, având în vedere obligațiile și angajamentele pe care o relație le presupune. În cazul în care indexul cuprinde violența domestică, o relație intimă poate fi un risc foarte mare. În astfel de cazuri, analistul trebuie să ia în considerare calitatea relației. Riscul de recidivism poate de asemenea să crească dacă partenerul are un mod de viață abuziv (Wright&Wright, 1992).

## 15. Îngrijirea profesională

### *Raționament general*

În studiile Evaluarea Riscului MacArthur ,influența structurii rețelei sociale a pacienților dispuși la violență și amenințări a fost examinată (Monahan&Steadman,1994; Monahan și colaboratorii,2001).Rezultatele au indicat faptul că riscul comportamentului violent după eliberare a scăzut dacă membrii grupului de îngrijire profesională au fost în apropierea lor.Mai mult,numărul sesiunilor de tratament de după eliberare a afectat de asemenea riscul comportamentului agresiv la pacienții eliberați ai psihiatrilor;cei care au avut mai puține sesiuni de tratament după eliberare au dispus de o creștere a comportamentului agresiv (Estroff & Zimmer, 1994; Estroff, Zimmer, Lachiotte & Benoit, 1994). Într-un studiu realizat pe baza recedivismului la prizonierii cu o disfuncție mintală, Gagliardi, Lovell, Peterson, and Jemelka (2004) au descoperit că abuzatorii care au fost admiși la tratament la un moment anume în timpul detenției au avut o predispoziție redusă de recidivism după eliberare.În cadrul unei meta-analize despre efectul de recidivă a terapiei de prevenție, Dowden, Antonowitz și Andrews (2003) au descoperit că pacienții care au urmat cu strictețe această terapie, au fost, în medie, puțin predispuși la recidivism. Cooper, Eslinger și Stolley (2006) au investigat efectele programelor de intervenție descoperind că pacienții cărora li s-a oferit un ajutor complet din partea unui program de prevenție nu au fost atât de expuși la agresiuni ,fiind mult mai controlați decât grupul care a primit numai tratament și supraveghere.Într-o meta-analiză despre efectele terapiei de reabilitare ca opoziție a pedepsirii abuzatorilor minori, Lipsey (1999) a concluzionat că intervențiile bine-structurate vizând reabilitarea pacienților,au dus la un risc redus al predispoziției viitoare la recidivism.

## Cotarea

<b>2</b>	Îngrijirea profesională este prezentă
<b>1</b>	Îngrijirea profesională este prezentă doar într-o anumită măsură
<b>0</b>	Îngrijirea profesională nu este prezentă

Acest element se referă la disponibilitatea și intensitatea tratamentului. Dacă un individ are întâlniri regulate cu membrii îngrijirii profesionale atunci elementul trebuie ciferat cu minim 1. Frecvența și natura ajutorului oferit (de exemplu, dacă este un caz de administrare pro-activă sau nu) sunt importante pentru evaluarea intensității. Dacă există un contact regulat cu terapeuții, lucru benefic pentru individ și pentru situația sa, elementul trebuie coterat cu 2. Acest element se concentrează, în particular, pe ajutorul oferit de psihiatri ce lucrează în domeniul psihiatriei medico-legale sau pe îngrijirea adițională. Cu toate acestea, profesioniștii din alte instituții care oferă ajutor, pot fi de asemenea luați în considerare, precum ofițerii de probațiune și asistenții sociali. Grupuri de auto-ajutorare nu sunt incluse în acest element. Numărul profesioniștilor ce se ocupă cu îngrijirea pacienților este mai puțin relevant decât calitatea și natura ajutorului.

### Notă

Psihiatrii vor fi mereu prezenți la tratamentele mandatorii, iar tratamentul va fi deseori intensiv. Cu toate acestea, pot exista diferențe mari în modul prin care aceștia experimentează și valorifică influența terapeuților. Atitudinea indivizilor față de profesioniști este de asemenea luată în considerare la itemul 9 (Motivația pentru tratament) și elementul 10 (Atitudinile față de autorități); prin urmare acestea nu ar trebui luate în considerare pentru codificarea acestui item.

## 16. Condițiile de viață

### *Raționament general*

Multiple studii au arătat că, după o perioadă de tratament sau detenție, condițiile de viață supravegheate au avut un efect de protecție împotriva recidivei comportamentului agresiv (Casper&Clark, 2004; Hanrahan, Luchins, Savage, & Goldman, 2001; Hiller, Knight, & Simpson, 1999). O indicație în plus a faptului că circumstanțele de viață pot avea un efect de protecție survine dintr-un studiu elaborat de Klassen și O'Connor (1989), aceștia au descoperit faptul că oamenii care trăiau în armonie cu părinții lor aveau un risc mic al predispoziției la comportamentul agresiv.

## Cotarea

<b>2</b>	Condițiile de viață sunt atent supravegheate de psihiatrii
<b>1</b>	Condițiile de viață sunt atent supravegheate de psihiatrii într-o anumită măsură, sau individul locuiește cu alte persoane
<b>0</b>	Condițiile de viață nu sunt supravegheate iar individul nu locuiește cu alți relativi

Dacă viața unei persoane este permanent supravegheată de profesioniști, itemul trebuie cotate cu 2. Gradul în care ajutorul sau supravegherea sunt acceptate nu este important pentru acest item. Dacă individul locuiește singur, dar este supravegheat de cadrul profesional, atunci itemul trebuie notat cu 1. Dacă persoana locuiește împreună cu relative (de exemplu copii, sau cu partenerul de viață), are de asemenea un efect de protecție și elementul trebuie cifrat cu 1.

### Notă

Calitatea relației cu ceilalți este studiată de elementele 13 (Rețeaua de socializare) și 14 (Relații intime); aceste nu ar trebuie luate în considerare pentru codificarea acestui element. În anumite cazuri, elementul se suprapune itemului 15 (Îngrijire profesională) și 17 (Controlul extern), de exemplu în cazul unui tratament mandatoriu într-un spital de psihiatrie medico-legal. Dacă tratamentul este mai puțin intensiv, va exista o suprapunere mai scăzută între acești itemi. Elementul 15 se ocupă cu suportul terapeutic, elementul 16 cu circumstanțele vieții, iar itemul 17 cu prezența controlului extern.



## 17. Controlul extern

### *Raționament general*

Una dintre cele mai eficiente metode de a preveni recidivismul este de a restricționa libertatea indivizilor într-o mare măsură. Cu toate acestea, tratamentul are în vedere rezocializarea, în alte cuvinte, scopul tratamentului este de a lăsa pacientul să fie restabilit în cadrul mediului social fără a avea riscuri mari de agresivitate. Maier, Morrow și Miller (1989) au descoperit că recidivismul a apărut mult mai puțin în timpul eliberării supravegheate a pacienților, decât în momentul în care tratamentul s-a terminat. Atât eliberarea condiționată cât și prelungirea eliberării condiționate (în așa fel încât individul stă în afara instituției până la terminarea sistematizării) sunt utilizate frecvent pentru a păzi întoarcerea graduală în societate. Într-un studiu elaborat de Leuw (1999), eliberarea prelungită înainte de terminarea tratamentului a fost unul dintre cei mai importanți prognozatori ai recidivismului; indivizii a căror tratament a fost întrerupt urmărindu-i pe perioada eliberării prelungite au avut un risc scăzut de recidivism decât cei care nu au dispus de o eliberare prelungită. Parker (2004) a descoperit că durata eliberării condiționate a avut un efect de protecție împotriva noilor arestări sau spitalizarea indivizilor într-un program de tratament nevând nici o dovadă a deținerii unei disfuncții mintale.

## Cotarea

<b>2</b>	Controlul extern este prezent
<b>1</b>	Controlul extern este prezent doar într-o anumită măsură
<b>0</b>	Controlul extern nu este prezent

Controlul extern este prezent dacă un individ este plasat sub o intervenție judiciară, acest fapt implicând tratamentul mandatoriu sau contactul mandatoriu cu serviciul de probațiune. Intensitatea controlului extern este importantă atâta timp cât aceasta ajută la conformarea individului. Dacă persoana este sub control clinic total, atunci elementul trebuie cifrat cu 2. Notarea cu 1 este justificată dacă supravegherea este realizată de serviciul de probațiune sau de un pacient extern/facilitățile comunității.

### *Notă*

Acest element se suprapune într-o oarecare măsură itemului 9 - Motivația pentru tratament și 10 Atitudinile față de autorități. Cu toate acestea, itemii 9 și 10 se ocupă cu motivarea intrinsecă, în vreme ce elementul 17 se referă la prezența controlului mandatoriu.





## Schema de cotare SAPROF

❶ Cotarea elementelor SAPROF și celor din HCR-20 / HCR-20<sup>V3</sup> (sau alte instrumente de analiză).



❷ Indică Factorii soluție (maxim patru) și Factorii scop (maxim patru): care factori de protecție sunt cei mai importanți și care dintre aceștia ar trebui să fie scopul tratamentului?



❸ Determină Raționamentul final de protecție față de ceilalți.



❹ Determină Raționamentul final integrativ de risc față de ceilalți.

Notă. Pentru mai multe detalii vezi Procedura de cotare (p 22).



# Foai de înregistrare/cotare SAPROF

## Factori de protecție pentru riscul de violență

A fi utilizat numai în combinaire cu HCR-20 sau  
alte instrumente de evaluare relative

<b>Nume:</b>	<b>Număr:</b>	<b>Data:</b>
<b>Vârsta:</b>	<b>Gen:</b> <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> feminin	
<b>Contextul evaluării riscului :</b>		

Factori interni		Scor	Cheie	Scop
1.	Inteligența		<input type="checkbox"/>	
2.	Afectivitatea în copilărie		<input type="checkbox"/>	
3.	Empatia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Abilități de supraviețuire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Stăpânirea de sine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Factori motivaționali		Scor	Cheie	Scop
6.	Munca		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Activități de petrecere a timpului liber		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Administrarea finanelor		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Motivația pentru tratament		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Atitudinea față de autorități		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Scopuri în viață		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Medicație <input type="checkbox"/> nu este aplicabil		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Factori externi		Scor	Cheie	Scop
13.	Rețeaua de socializare		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Relațiile intime		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Îngrijirea profesională		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Condițiile de viață		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Controlul extern		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Alte considerente:**

<b>Raționamentul Final de Protecție și Raționamentul Final Integrativ de Risc</b> <i>SAPROF+HCR-20/HCR-20<sup>13</sup></i>	<b>Protecție</b> <input type="checkbox"/> Mică <input type="checkbox"/> Moderată <input type="checkbox"/> Mare	<b>Επικινδυνότητα</b> <input type="checkbox"/> Mic <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Mare

<b>Numele evaluatorului/lor:</b>	<b>Poziție:</b>
<b>Semnătura:</b>	









## Referințe bibliografice

- Ainsworth, M.D.S. (1989). Attachment as related to mother-infant interaction. *Advances in the Study of Behavior*, 9, 2-52.
- Aytes, K., Olsen, S., Zakrajsek, T., Murray, P., & Ireson, R. (2001). Cognitive/behavioral treatment for sexual offenders: An examination of recidivism. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13, 223-231.
- Battista, J., & Almond, R. (1973). The development of meaning in life. *Psychiatry*, 36, 409-427.
- Beck, A.T. (1999). *Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility, and violence*. New York: Harper Collins.
- Belfrage, H., & Douglas, K.S. (2002). Treatment effects on forensic psychiatric patients measured with the HCR-20 violence risk assessment scheme. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1, 25-36.
- Blum, R.W., & Ireland, M. (2004). Reducing risk, increasing protective factors: Findings from the Caribbean Youth Health Survey. *Journal of Adolescent Health*, 35, 493-500.
- Boer, D.P., Hart, S.D., Kropp, P.R., & Webster, C.D. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk-20. Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Vancouver, British Columbia: Institute against Family Violence.
- Borowsky, I.W., Hogan, M., & Ireland, M. (1997). Adolescent sexual aggression: Risk and protective factors. *Pediatrics*, 100, E7.
- Borum, R., Bartel, P., & Forth, A.. (2006). *Manual for the Structured Assessment for Violence Risk in Youth (SAVRY)*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Bouman, Y.H.A., de Ruiter, C., & Schene, A.H. (2009). Subjective well-being and recidivism of forensic psychiatric outpatients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 8, 225-234.
- Bouman, Y.H.A., de Ruiter, C., & Schene, A.H. (2010). Social ties and short-term self-reported delinquent behaviour of forensic personality disordered outpatients. *Legal and Criminological Psychology*, 15, 357-372.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation, anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bradford, J.M.W. (1990). The antiandrogen and hormonal treatment of sex offenders. In W.L. Marshall, D.R. Laws, & H.E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault. Issues, theories and treatment of the offender*. New York / London: Plenum Press.

- Braithwaite, E., Charrette, Y., Crocker, A., & Reyes, A. (2010). The predictive validity of clinical ratings of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). *International Journal of Forensic Mental Health, 9*, 271-281.
- Bushman, B.J., & Baumeister, R.F. (1998). Threatened egotism, narcissism, self-esteem, and direct and displaced aggression: Does self-love or self-hate lead to violence? *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 219-229.
- Casper, S. & Clark, D. (2004). Service utilization, incidents, and hospitalizations among people with mental illnesses and incarceration histories in a supportive housing program. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 28*, 181-184.
- Cohen, D. (1998). Culture, social organization, and patterns of violence. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 408-419.
- Cohen, D., & Strayer, J. (1996). Empathy in conduct-disordered and comparison youth. *Developmental Psychology, 32*, 988-998.
- Cooper, C., Eslinger, D.M., Stolley, P.D. (2006). Hospital-based violence intervention programs work. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care, 61*, 534-540.
- Costa, F.M., Jessor, R., & Turbin, M.S. (1999). Transition into adolescent problem drinking: The role of psychosocial risk and protective factors. *Journal of Studies on Alcohol, 60*, 480-490.
- Davis, M.H. (1994). *Empathy: A social psychological approach*. Colorado / Oxford: Westview Press.
- de Carvalho, C.C.J. (2002). *Innovatie in risicotaxatie: Protectieve factoren voor het plegen van geweld in de toekomst*. [Innovation in risk assessment: Protective factors for future violence]. Amsterdam, The Netherlands: University of Amsterdam.
- de Vogel, V. (2005). *Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice. The HCR-20 and SVR-20 in Dutch forensic psychiatric patients*. Amsterdam, The Netherlands: Dutch University Press (<http://dare.uva.nl/document/13725>).
- de Vogel, V., & de Ruiter, C. (2004). Differences between clinicians and researchers in assessing risk of violence in forensic psychiatric patients. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 15*, 145-164.
- de Vogel, V., & de Ruiter, C. (2005). The HCR-20 in personality disordered female offenders: A comparison with a matched sample of males. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 12*, 226-240.
- de Vogel, V., & de Ruiter, C. (2006). Structured Professional Judgment of violence risk in forensic clinical practice: A prospective study into the predictive validity of the Dutch HCR-20. *Psychology, Crime & Law, 12*, 321-336.

- de Vogel, V., de Ruiter, C., & Bouman, Y. (2004). *Scoringhandleiding SAPROF. Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk. Research Versie*. [SAPROF Coding manual. Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk. Research Version]. Utrecht / Nijmegen, The Netherlands: Van der Hoeven Kliniek / Trimbos Instituut / Pompestichting.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2007). *SAPROF. Richtlijnen voor het beoordelen van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag. Versie 1*. [SAPROF. Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk. Version 1]. Utrecht, The Netherlands: Forum Educatief.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2009). *SAPROF. Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk*. Utrecht, The Netherlands: Forum Educatief.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2010). *SAPROF. Leitlinien für die Erfassung von protektiven Faktoren bei einem Risiko für gewalttätiges Verhalten*. SAPROF German version, translated by Aranke Spehr and Peer Briken. Utrecht, The Netherlands: Forum Educatief.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2010). *SAPROF. Linee Guida per la valutazione dei fattori protettivi per il rischio di violenza*. SAPROF Italian version, translated by Margherita Spissu. Utrecht, The Netherlands: Forum Educatief.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2011). *SAPROF. Guide d'évaluation des facteurs de protection pour le risque de violence*. SAPROF French version, translated by Jean-Pierre Guay and Tiziana Costi. Utrecht, The Netherlands: Forum Educatief.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2011). *SAPROF. Manual para la valoración de los factores de protección para el riesgo de violencia*. SAPROF Spanish version, translated by Ed Hilterman, Assumpta Poch and Rodrigo Venegas Cárdenas. Utrecht, The Netherlands: Forum Educatief.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2011). *SAPROF. Riktlinjer för bedömning av skyddsfaktorer mot våldsrisk*. SAPROF Swedish version, translated by Märta Wallinius, Staffan Anderberg and Helena Jersak. Utrecht, The Netherlands: Forum Educatief.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2011). *SAPROF. Retningslinjer for vurdering av beskyttelsesfaktorer for voldsrisiko*. SAPROF Norwegian version, translated by Tone Sandbak, Knut Rypdal, Helge Andreas Hoff and Erik Risnes. Utrecht, The Netherlands: Forum Educatief.

- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2011). *SAPROF. Manual para a Avaliação de Factores de Protecção para o Risco de Violência*. SAPROF Portuguese version, translated by Ana Cristina Neves and Cristina Soeiro. Utrecht, The Netherlands: Forum Educatief.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2012). *SAPROF. Руководство по оценке защитных факторов риска насилия*. SAPROF Russian version, translated by Vera Bulygina. Utrecht, The Netherlands: Forum Educatief.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2012). *SAPROF. Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk. 2<sup>nd</sup> Edition*. Utrecht, The Netherlands: Van der Hoeven Stichting.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2012). *SAPROF. Richtlijnen voor het beoordelen van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag. 2<sup>e</sup> Editie*. [SAPROF. Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk. 2<sup>nd</sup> Edition]. Utrecht, The Netherlands: Van der Hoeven Kliniek.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2013). *SAPROF. Retningslinier for vurdering af beskyttelsesfaktorer ved voldsrisiko*. SAPROF Danish version, translated by Tine Wøbbe and Ida Riber Villesen. Delft, The Netherlands: Eburon.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2014). *SAPROF. 暴力リスクの保護要因評価ガイドライン*. SAPROF Japanese version, translated by Naotsugu Hirabayashi (平林 直次), Akiko Kikuchi (菊池 安希子), Manabu Ikeda (池田 学), Masaki Kojima (児島 正樹), Aika Tomoto (東本 愛香), Takao Misawa (三澤 孝夫), Takeshi Misawa (三澤 剛), and Hiroko Kashiwagi (柏木 宏子). Utrecht, The Netherlands: Van der Hoeven Kliniek.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2014). *SAPROF Greek version, translated by Giorgos Metaxas, Dimitris Pantazis, George Poyiadjis, Panayiota Shoshilou, Polina Nicodemou, and Antrea Stylianou*. In preparation.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Hildebrand, M., Bos, B., & van de Ven, P. (2004). Type of discharge and risk of recidivism measured by the HCR-20. A retrospective study in a Dutch sample of treated forensic psychiatric patients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 3, 149-165.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., van Beek, D., & Mead, G. (2004). Predictive validity of the SVR-20 and Static-99 in a Dutch sample of treated sex offenders. *Law and Human Behavior*, 28, 235-251.

- de Vogel, V., & de Vries Robbé, M. (2013). Working with Women. Towards a more gender-sensitive violence risk assessment. In L. Johnstone, & C. Logan (Eds.), *Managing Clinical Risk: A guide to effective practice*. London: Routledge.
- de Vogel, V., de Vries Robbé, M., de Ruiter, C., & Bouman, Y.H.A. (2011). Assessing protective factors in forensic psychiatric practice. Introducing the SAPROF. *International Journal of Forensic Mental Health, 10*, 171-177.
- de Vogel, V., de Vries Robbé, M., van Kalmthout, W., & Place, C. (2012). *FAM. Female Additional Manual: Additional Guidelines to the HCR-20 for assessing risk for violence in women*. Utrecht, The Netherlands: Van der Hoeven Stichting.
- de Vogel, V., de Vries Robbé, M., van Kalmthout, W., & Place, C. (2014). *FAM. Female Additional Manual: Additional Guidelines to the HCR-20<sup>v3</sup> for assessing risk for violence in women*. Utrecht, The Netherlands: Van der Hoeven Kliniek.
- de Vogel, V., Smid, W., & de Vries Robbé, M. (2006). *Do dynamic risk factors actually change during treatment? Repeated measures with the HCR-20 in forensic clinical practice*. Paper presented at the sixth Annual Conference of the International Association of Forensic Mental Health Services, Amsterdam, The Netherlands.
- de Vries Robbé, M. (2014). *Protective factors. Validation of the structured assessment of protective factors for violence risk in forensic psychiatry*. Utrecht, The Netherlands: Van der Hoeven Kliniek.
- de Vries Robbé, M., & de Vogel, V. (2009). Assessing protective factors for violence risk. *American Psychology-Law Society News, 29*, 11-12.
- de Vries Robbé, M., & de Vogel, V. (2011). *Assessing protective factors: The SAPROF new prospective results*. Paper presented at the eleventh Conference of the International Association of Forensic Mental Health Services, Barcelona, Spain.
- de Vries Robbé, M., & de Vogel, V. (2013). Protective factors for violence risk: Bringing balance to risk assessment. In L. Johnstone, & C. Logan (Eds.), *Managing Clinical Risk: A guide to effective practice* (pp. 293-310). London: Routledge.
- de Vries Robbé, M., de Vogel, V., & de Spa, E. (2011). Protective factors for violence risk in forensic psychiatric patients. A retrospective validation study of the SAPROF. *International Journal of Forensic Mental Health, 10*, 178-186.
- de Vries Robbé, M., de Vogel, V., & Douglas, K.S. (2013). Risk factors and protective factors: A two-sided dynamic approach to violence risk assessment. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 24*, 440-457.
- de Vries Robbé, M., de Vogel, V., Douglas, K.S., & Nijman, H.L.I. (2014). Changes in dynamic risk and protective factors for violence during inpatient forensic psychiatric treatment: Predicting reductions in post-discharge community recidivism. *Law and Human Behavior*. Online first, June 2014.

- de Vries Robbé, M., de Vogel, V., Koster, K., & Bogaerts, S. (2014). Assessing protective factors for sexually violent offending with the SAPROF. *Sexual Abuse*. Online first, September 2014.
- de Vries Robbé, M., de Vogel, V., Wever, E., Douglas, K.S., & Nijman, H.L.I. (2014). *Risk and protective factors for inpatient aggression*. Submitted for publication.
- de Vries Robbé, M., Geers, M., Stapel, M., Hilterman, E., & de Vogel, V. (2014). *SAPROF – Youth Version. Richtlijnen voor het beoordelen van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag bij jeugd*. [SAPROF-YV. Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk in youth]. Utrecht, The Netherlands: Van der Hoeven Kliniek.
- de Vries Robbé, M., Geers, M., Stapel, M., Hilterman, E., & de Vogel, V. (2014). *SAPROF – Youth Version. Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk in youth*. In preparation.
- de Vries Robbé, M., Mann, R.E., Maruna, S., & Thornton, D. (2014). An exploration of protective factors supporting desistance from sexual offending. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. Online first August 2014.
- Debats, D.L. (1999). Sources of meaning: An investigation of significant commitments in life. *Journal of Humanistic Psychology, 39*, 30-57.
- DeMatteo, D., Heilbrun, K., & Marczyk, G. (2005). Psychopathy, risk of violence, and protective factors in a noninstitutionalized and noncriminal sample. *International Journal of Forensic Mental Health, 4*, 147-157.
- Dempster, R.J. (1998). *Prediction of sexually violent recidivism: A comparison of risk assessment instruments*. Unpublished master's thesis. Vancouver, British Columbia: Simon Fraser University.
- Douglas, K.S., Cox, D.N., & Webster, C.D. (1999). Violence risk assessment: Science and practice. *Legal and Criminological Psychology, 4*, 149-184.
- Douglas, K.S., Guy, L.S., & Weir, J. (2007). *HCR-20 violence risk assessment scheme: Overview and annotated bibliography*. Retrieved September 15, 2008, from <http://kdouglas.files.wordpress.com/2007/01/annotate9-current-through-10jan2007.pdf>.
- Douglas, K.S., Hart, S.D., Webster, C.D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20<sup>V3</sup>. Assessing risk for violence*. Vancouver, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Douglas, K.S., & Kropp, P.R. (2002). A prevention-based paradigm for violence risk assessment: Clinical and research applications. *Criminal Justice and Behavior, 29*, 617-658.



- Douglas, K.S., & Reeves, K.A. (2010). Historical-Clinical-Risk Management-20 (HCR-20) Violence risk assessment scheme: Rationale, Application, and Empirical Overview. In R.K. Otto, & K.S. Douglas (Eds.), *Handbook of violence risk assessment. International perspectives on forensic mental health* (pp. 147-185). New York: Routledge.
- Dowden, C., Antonowicz, D., & Andrews, D.A. (2003). The effectiveness of relapse prevention with offenders: A meta-analysis. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 47*, 516-528.
- Drieschner, K.H. (2005). *Measuring treatment motivation and treatment engagement in forensic psychiatric outpatient treatment: Development of two instruments*. Enschede, The Netherlands: Febodruk.
- Eisenberg, N., & Miller, P.A. (1987). The relation of empathy to prosocial and related behaviors. *Psychological Bulletin, 101*, 91-119.
- Estroff, S.E., & Zimmer, C. (1994). Social networks, social support and violence among persons with severe, persistent mental illness. In J. Monahan, & H.J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder* (pp. 259-295). Chicago: The University of Chicago Press.
- Estroff, S.E., Zimmer, C., Lachiotte, W.S., & Benoit, J. (1994). The influence of social networks and social support on violence by persons with serious mental illness. *Hospital and Community Psychiatry, 45*, 669-679.
- Farrington, D.P. (2003). Key results from the first forty years of the Cambridge Study in delinquent development. In T.P. Thornberry, & M.D. Krohn (Eds.), *Taking Stock of Delinquency: An Overview of Findings from Contemporary Longitudinal Studies* (pp. 137-184). New York: Kluwer/Plenum.
- Farrington, D.P., & Loeber, R. (2000). Epidemiology of juvenile violence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 9*, 733-748.
- Finkenauer, C., Engels, R.C.M.E., & Baumeister, R.F. (2005). Parenting behavior and adolescent behavior and emotional problems: The role of self-control. *International Journal of Behavioral Development, 29*, 58-69.
- Finn, P. (1999). *Washington State's corrections clearinghouse: A comprehensive approach to offender employment*. Washington, DC: National Institute of Justice.
- Fitzpatrick, K.M. (1997). Fighting among America's youth: A risk and protective factors approach. *Journal of Health and Social Behavior, 38*, 131-148.
- Fleiss, J.L. (1986). *The design and analysis of clinical experiments*. New York: Wiley.
- Fonagy, P., Target, M., & Steele, H. (1997). The development of violence and crime as it relates to security of attachment. In J. Osofsky (Ed.), *Children in a violent society* (pp. 150-177). New York: Guildford Press.

- Fox, G., Benson, M.L., DeMaris, A.A., & van Wyk, J. (2002). Economic distress and intimate violence: Testing family stress and resources theories. *Journal of Marriage and Family, 64*, 793-807.
- Frankel, K.A., & Bates, J.E. (1990). Mother-toddler problem solving: Antecedents of attachment, home behavior, and temperament. *Child Development, 61*, 810-819.
- Funk, S.J. (1999). Risk assessment for juveniles on probation. A focus on gender. *Criminal Justice and Behavior, 26*, 44-68.
- Furrow, J.L., King, P.E., & White, K. (2004). Religion and positive youth development: Identity, meaning, and prosocial concerns. *Applied developmental science, 8*, 17-26.
- Gagliardi, G.J., Lovell, D., Peterson, P.D., & Jemelka, R. (2004). Forecasting recidivism in mentally ill offenders released from prison. *Law and Human Behavior, 28*, 133-155.
- Garcia-Mansilla, A., Rosenfeld, B., & Nicholls, T.L. (2009). Risk assessment: Are current methods applicable to women? *International Journal of Forensic Mental Health, 8*, 50-61.
- Gendreau, P., Goggin, C., & Gray, G. (2000). *Case needs review: Employment domain*. Saint John, New Brunswick: Centre for Criminal Justice Studies, University of New Brunswick.
- Goggin, C., Gendreau, P., & Gray, G. (1998). Case needs review: Associates and social interaction. *Forum, 10*, 24-27.
- Gottfredson, M.R., & Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Grubin, D., & Wingate, S. (1996). Sexual offence recidivism: Prediction versus understanding. *Criminal Behavior and Mental Health, 6*, 349-359.
- Gunn, J. (1997). Maintaining a balanced perspective on risk. *International Review of Psychiatry, 9*, 163-165.
- Guy, L.S. (2008). *Performance indicators of the structured professional judgment approach for assessing risk for violence to others: A meta-analytic survey*. Unpublished dissertation, Simon Fraser University, Burnaby, British Columbia.
- Haggård-Grann, U. (2005). *Violence among mentally disordered offenders: Risk and protective factors*. Stockholm, Sweden: Edita Norstedts Tryckeri.
- Hanrahan, P., Luchins, D.J., Savage, C., & Goldman, H.H. (2001). Housing satisfaction and service use by mentally ill persons in community integrated living arrangements. *Psychiatric Services, 52*, 1206-1209.

- Hanson, R.K., & Bussière, M.T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 348-362.
- Hanson, R.K., & Morton-Bourgon, K. (2004). *Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis*. Ottawa, Ontario: Public Works and Government Services Canada.
- Hanson, R.K., & Thornton, D. (1999). *Static-99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders* (User report No.1999-02). Ottawa, Ontario: Department of the Solicitor General of Canada.
- Hanson, R.K., & Thornton, D. (2002). *Notes on the development of the Static-2002*. Ottawa, Ontario: Public Works and Government Services Canada.
- Hare, R.D. (1991). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.
- Hare, R.D. (2003). *Hare Psychopathy Checklist-Revised Second Edition*. Technical Manual. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.
- Harris, G.T., & Rice, M.E. (1997). Risk appraisal and management of violent behavior. *Psychiatric Services, 48*, 1166-1176.
- Hart, J.L., O'Toole, S.K., Price-Sharps, J.L., & Shaffer, T.W. (2007). The risk and protective factors of violent juvenile offending. An examination of gender differences. *Youth Violence and Juvenile Justice, 5*, 367-384.
- Hart, S.D. (1998). The role of psychopathy in assessing risk for violence: Conceptual and methodological issues. *Legal and Criminological Psychology, 3*, 121-137.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., & Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin, 112*, 64-105.
- Heilbrun, K. (1997). Prediction vs. management models relevant to risk assessment: The importance of legal context. *Law and Human Behavior, 21*, 347-359.
- Hildebrand, M., de Ruiter, C., & van Beek, D. (2001). *SVR-20. Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag* [SVR-20. Guidelines for the assessment of risk of sexual violence]. Utrecht, The Netherlands: Forum Educatief.
- Hiller, M.L., Knight, K., & Simpson, D.D. (1999). Prison-based substance abuse treatment, residential aftercare and recidivism. *Addiction, 94*, 833-842.
- Hilterman, E.L.B. (2000). Tijdens de oefening terug naar af. Een onderzoek naar de predictie van ernstige recidive door tbs-gestelden tijdens verlof. [Back to square one. A study into the prediction of serious recidivism during leave by Dutch forensic psychiatric patients]. *Tijdschrift voor Criminologie, 42*, 232-252.

- Hoffman, M.L. (1994). Discipline and internalization. *Developmental Psychology*, 30, 26-28.
- Hoge, R.D., Andrews, D.A., & Leschied, A.W. (1996). An investigation of risk and protective factors in a sample of youthful offenders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Applied Disciplines*, 37, 419-424.
- Holahan, C., Moos, R., & Schaefer, J. (1996). Coping, stress resistance and growth: Conceptualizing adaptive functioning. In M. Zeidner & N. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research and applications* (pp.24-43). New York: Wiley.
- Horney, J., Osgood, D.W., & Haen Marshall, I. (1995). Criminal careers in the short-term: Intra-individual variability in crime and its relation to local life circumstances. *American Sociological Review*, 60, 655-673.
- Howells, K., Day, A., Williamson, P., Bubner, S., Jauncey, S., Parker, A., & Heseltine, K. (2005). Brief anger management programs with offenders: Outcomes and predictors of change. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 16, 296-311.
- Hughes, J.N., Cavell, T.A., & Grossman, P.B. (1997). A positive view of self: Risk or protection for aggressive children? *Development and Psychopathology*, 9, 75-94.
- Jacobson, J.L., & Wille, D.E. (1986). The influence of attachment pattern on developmental changes in peer interaction from the toddler to the preschool child. *Child Development*, 57, 338-347.
- Kandel, E., Mednick, S.A., Kirkegaard-Sorensen, L., Hutchings, B., Knop, J., Rosenberg, R., & Schulsinger, F. (1988). IQ as a protective factor for subjects at high risk for antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 224-226.
- Kaufman, A.S., & Kaufman, N.L. (1992). Test review: Kaufman Adolescent and Adult Intelligence Test (2nd ed.). *Journal of Psychoeducational Assessment*, 12, 190-196.
- Klassen, D., & O'Connor, W.A. (1989). Assessing the risk of violence in released mental patients: A cross-validation study. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 75-81.
- Kropp, P.R. (2004). Some questions regarding spousal assault risk assessment. *Violence against women*, 10, 676-697.
- Kropp, P.R., & Hart, S.D. (2000). The Spousal Assault Risk Assessment (SARA) guide: Reliability and validity in adult male offenders. *Law and Human Behavior*, 24, 101-118.

- Kropp, P.R., Hart, S.D., Webster, C.D., & Eaves, D. (1999). *Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide (Version 3)*. Vancouver, British Columbia: British Columbia Institute against Family Violence.
- Laub, J.H., Nagin, D.S., & Sampson, R.J. (1998). Trajectories of change in criminal offending: Good marriages and the desistance process. *American Sociological Review*, *63*, 225-238.
- Leith, K.P., & Baumeister, R.F. (1998). Empathy, shame, guilt, and narratives of interpersonal conflicts: Guilt-prone people are better at taking perspective taking. *Journal of Personality*, *66*, 1-37.
- Leuw, E. (1999). *Recidive na de TBS [Recidivism after the tbs-order]*. Den Haag, The Netherlands: WODC.
- Lipsey, M.W. (1999). Can intervention rehabilitate serious delinquents? *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, *564*, 142-166.
- Lodewijks, H.P.B. (2008). *Violence risk assessment in adolescents in the Dutch juvenile justice system. Studies on the reliability and predictive accuracy of the SAVRY*. Amsterdam, The Netherlands: Rozenberg Publishers.
- Lodewijks, H.P.B., Doreleijers, Th.A.H., de Ruiter, C., & Borum, R. (2008). Predictive validity of the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) during residential treatment. *International Journal of Law and Psychiatry*, *31*, 263-271.
- Mahoney, J.L., & Stattin, H. (2000). Leisure activities and adolescent antisocial behavior: The role of structure and social context. *Journal of Adolescence*, *23*, 113-127.
- Maier, G.J., Morrow, B.R., & Miller, R. (1989). Security safeguards in community rehabilitation of forensic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, *40*, 529-531.
- Marques, J., Day, D., Nelson, C., & West, M. (1994). Effects of cognitive-behavioral treatment on sex offender recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, *21*, 28-54.
- McGraw, K.O., & Wong, S.P. (1996). Forming inferences about some intraclass correlation coefficients. *Psychological Methods*, *1*, 30-46.
- McKibben, A., Proulx, J., & Lussier, P. (2001). Sexual aggressors' perceptions of effectiveness of strategies to cope with negative emotions and deviant sexual fantasies. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *13*, 257-273.
- McMahon, S.D., & Washburn, J.J. (2003). Violence prevention: An evaluation of program effects with urban African American students. *The Journal of Primary Prevention*, *24*, 43-62.
- Melnick, G., de Leon, G., Thomas, G., Kressel, D., & Wexler, H.K. (2001). Treatment process in prison therapeutic communities: Motivation, participation, and outcome. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *27*, 633-650.

- Miller, H.A. (2006). A dynamic assessment of offender risk, needs, and strengths in a sample of general offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, 24, 767-782.
- Miller, P., & Eisenberg, N. (1988). The relation of empathy to aggressive and externalizing antisocial behavior. *Psychological Bulletin*, 103, 324-344.
- Mitchell, J., & Dodder, R.A. (1990). Neutralization and delinquency: A comparison by sex and ethnicity. *Adolescence*, 25, 487-497.
- Monahan, J. (1981). *Predicting violent behavior: An assessment of clinical techniques*. Beverly Hills, California: Sage.
- Monahan, J., & Steadman, H.J. (Eds.) (1994). *Violence and mental disorder, developments in risk assessment*. Chicago / London: The University of Chicago Press.
- Monahan, J., Steadman, H.J., Silver, E., Appelbaum, P.S., Robbins, P.C., Mulvey, E.P., Roth, L.H., Grisso, T., & Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment. The MacArthur study of mental disorder and violence*. Oxford: University Press.
- Nickel, C., Muehlbacher, M., Kettler, C., Tritt, K., Egger, C., Lahmann, C., Pedrosa, G.F., Leiberich, P., Bachler, E., Buschmann, W., Forthuber, P., Fartacek, R., Mitterlehner, F., Rother, W., Loew, T., & Nickel, M. (2006). Treatment motivation and results of inpatient psychotherapy for women with depressive disorders: A prospective study. *Gesundheitswesen*, 68, 7-11.
- Nonstad, K., Nasset, M.B., Kroppan, E., Pedersen, T.W., Nøttestad, J.A., Almvik, R., & Palmstierna, T. (2010). Predictive validity and other psychometric properties of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) in a Norwegian high secure hospital. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9, 294-299.
- Oddone-Paolucci, E., Violato, C., & Schofield, M.A. (2000). *A review of marital and family variables as they relate to adult criminal recidivism*. Calgary, Alberta: National Foundation for Family Research and Education.
- Ogders, C.L., & Moretti, M.M. (2002). Aggressive and antisocial girls: Research update and challenges. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1, 103-119.
- Ogders, C.L., Moretti, M.M., Burnette, M.L., Chauhan, P., Waite, D., & Reppucci, N.D. (2007). A latent variable modeling approach to identifying subtypes of serious and violent female juvenile offenders. *Aggressive Behavior*, 33, 1-14.
- Philipse, M., de Ruiter, C., Hildebrand, M., & Bouman, Y. (2000). *HCR-20. Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag. Versie 2* [HCR-20. Assessing the risk of violence. Version 2]. Nijmegen / Utrecht, The Netherlands: Pompestichting / Van der Hoeven Stichting.
- Pratt, T.C., & Cullen, F.T. (2000). The empirical status of Gottfredson and Hirschi's general theory of crime: a meta-analysis. *Criminology*, 38, 931-964.

- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288.
- Resnick, M.D., Ireland, M., & Borowsky, I. (2004). Youth violence perpetration: What protects? What predicts? Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of Adolescent Health*, 35, 424.e1-424.e10.
- Rice, M.E., & Harris, G.T. (1995). Violent recidivism: Assessing predictive validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 737-748.
- Robbmond, M. (2005). *God, de partner en het einde van een criminele carrière: Een literatuurstudie naar de protectieve factoren 'religie' en 'stabiele intieme relatie'*. [God, the intimate partner and the end of a criminal career: A literature study into the protective factors 'religion' and 'stable intimate relationship']. Amsterdam, The Netherlands: University of Amsterdam.
- Rogers, R. (2000). The uncritical acceptance of risk assessment in forensic practice. *Law and Human Behavior*, 24, 595-605.
- Rothbaum, F., Weisz, J.R., & Snyder, S.S. (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37.
- Rumgay, J. (2004). Scripts for safer survival: Pathways out of female crime. *The Howard Journal*, 43, 405-419.
- Rutenfrans, C.J.C., & Terlouw, G.J. (1994). *Delinquentie, sociale controle en 'life events'. Eerste resultaten van een longitudinaal onderzoek*. [Delinquency, social control and life events. First results of a longitudinal study]. Onderzoek en Beleid deel 131. Arnhem, The Netherlands: Gouda Quint.
- Salekin, R.T., & Lochman, J.E. (2008). Child and adolescent psychopathy. The search for protective factors. *Criminal Justice and Behavior*, 35, 159-172.
- Saltaris, C. (2002). Psychopathy in juvenile offenders. Can temperament and attachment be considered as robust developmental precursors? *Clinical Psychology Review*, 22, 729-752.
- Sampson, R.J., & Laub, J.H. (1990). Crime and deviance over the life course: The salience of adult social bonds. *American Sociological Review*, 55, 609-627.
- Schneider, W., & Klauer, T. (2001). Symptom level, treatment motivation, and the effects of inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 11, 153-167.
- Serin, R.C., & Mailloux, D.L. (2001). *Development of a reliable self-report instrument for the assessment of criminogenic need*. Ottawa, Ontario: Research Branch, Correctional Service Canada.
- Sivaraman Nair, K.P. (2003). Life goals: The concept and its relevance to rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 17, 192-202.

- Smith, L. (1989). Medication Refusal and the Rehospitalized Mentally Ill Inmate. *Hospital and Community Psychiatry, 40*, 491-496.
- Spoelstra, S. (2004). *Gebruik van beschermende factoren bij risicotaxatie: Een studie naar medicatietrouw en copingvaardigheden*. [The use of protective factors in risk assessment: A study into medication adherence and coping skills]. Amsterdam, The Netherlands: University of Amsterdam.
- Stevenson, S.F., Hall, G., & Innes, J.M. (2003). Sociomoral reasoning and criminal sentiments in Australian men and women violent offenders and non-offenders. *International Journal of Forensic Psychology, 1*, 111-119.
- Stewart, L., & Millson, W.A. (1995). Offender motivation for treatment as a responsivity factor. *Forum on Corrections Research, 7*, 5-7.
- Swanson, J., Swartz, M., Estroff, S., Borum, R., Wagner, R., & Hiday, V. (1998). Psychiatric impairment, social contact, and violent behavior: evidence from a study of outpatient-committed persons with severe mental disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33*, S86-S94.
- Swartz, M.S., Swanson, J.W., Hiday, V.A., Borum, R., Wagner, H.R., & Burns, B.J. (1998). Violence and severe mental illness: The effects of substance abuse and nonadherence to medication. *American Journal of Psychiatry, 155*, 226-231.
- Tangney, J.P., Baumeister, R.F., & Boone, A.L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality, 72*, 271-324.
- Taxman, F.S., Byrne, J.M., & Moline, K.I. (2000). *Implementing the council on management and productivity's inmate employment opportunity program*. Technical report submitted to the State of Maryland.
- Torrey, E. (1994). Violent behavior by individuals with serious mental illness. *Hospital and Community Psychiatry, 45*, 653-662.
- van Beek, D.J., & Mulder, J.R. (1992). The offense script: A motivational tool and treatment method for sex offenders in a Dutch forensic clinic. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 36*, 155-167.
- van den Broek, E., & de Vries Robbé, M. (2008). *The supplemental value of the SAPROF from a treatment perspective: A counterbalance to risk?* Paper presented at the eight Conference of the International Association of Forensic Mental Health Services, Vienna, Austria.
- van Nieuwenhuizen, Ch., Schene, A.H., & Koeter, M.W.J. (2002). Quality of life in forensic psychiatry: An unreclaimed territory. *International Review of Psychiatry, 14*, 198-202.



- van Nieuwenhuizen, Ch., Schene, A.H., Koeter, M.W.J., & Huxley, P.J. (2001). The Lancashire Quality of Life Profile: Modification and psychometric evaluation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *36*, 36-44.
- Vance, J.E., Bowen, N.K., Fernandez, G., & Thompson, S. (2002). Risk and protective factors as predictors of outcome in adolescents with psychiatric disorder and aggression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *41*, 36-43.
- Viljoen, S., Nicholls, T., Greaves, C., Ruiters, C. de, & Brink, J. (2011). Resilience and successful community reintegration among female forensic psychiatric patients: A preliminary investigation. *Behavioral Sciences and the Law*, *29*, 752-770.
- Ward, T., & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, *10*, 243-257.
- Ward, T., Mann, R.E., & Gannon, T.A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behavior*, *12*, 87-107.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., & Hart, S.D. (1997). *HCR-20. Assessing the risk of violence. Version 2*. Burnaby, British Columbia: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.
- Webster, C.D., Martin, M., Brink, J., Nicholls, T.L., & Middleton, C. (2004). *Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). Clinical guide for evaluation risk and recovery*. Hamilton, Ontario: St. Joseph's Healthcare Hamilton.
- Webster, C.D., Martin, M., Brink, J., Nicholls, T.L., & Desmarais, S.L. (2009). *Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). Clinical guide for evaluation risk and recovery. Version 1.1*. Ontario, Canada: St. Joseph's Healthcare Hamilton.
- Webster, C.D., Müller-Isberner, R., & Fransson, G. (2002). Violence risk assessment: Using structured clinical guidelines professionally. *International Journal of Forensic Mental Health*, *1*, 43-51.
- Wechsler, D. (1997). *Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale-III*. New York: The Psychological Corporation.
- Welsh, J. L., Schmidt, F., McKinnon, L., Chattha, H. K., & Meyers, J. R. (2008). A comparative study of adolescent risk assessment instruments: Predictive and incremental validity. *Assessment*, *15*, 104-115.
- White, J.L., Moffitt, T.E., & Silva, P.A. (1989). A prospective replication of the protective effects of IQ in subjects at high risk for juvenile delinquency. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, 719-724.

- Wilson, C., Desmarais, S.L., Nicholls, T.L., & Brink, J. (2010). The role of client strengths in assessments of violence risk using the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). *International Journal of Forensic Mental Health, 9*, 282-293.
- Wright, K.N., & Wright, K.E. (1992). Does getting married reduce the likelihood of criminality? A review of the literature. *Federal Probation, 56*, 50-56.
- Zahn-Waxler, C., Cole, P.M., Welsh, J.D., & Fox, N.A. (1995). Psychophysiological correlates of empathy and prosocial behaviors in preschool children with behavior problems. *Development and Psychopathology, 7*, 27-48.



**VAN DER HOEVEN  
KLINIEK**